

I 30 ANNI DEL SERVIZIO SANITARIO ALLA VIGILIA DEI FUTURI ACCORDI: RISPARMI, PIÙ INTEGRAZIONE, PRIORITÀ

“Tre strade per la nostra sanità”

Dal sottosegretario al Welfare con competenza per la Salute, a seguito del sondaggio e dei servizi sui 30 anni del Ssn apparsi sulle nostre pagine la scorsa settimana, riceviamo e volentieri pubblichiamo

di **Ferruccio Fazio***

Credo sia innanzitutto giusto condividere l'enfasi con cui nel Paese si ricorda il trentesimo anniversario del nascita del Servizio sanitario nazionale. Infatti la riforma sanitaria, introdotta con la legge del dicembre 1978, è stata e continua ad essere una delle riforme più apprezzate dagli italiani. A tutti appare irreversibile la scelta a quel tempo operata. Come pure appaiono irrinunciabili, da un lato, la risposta alla domanda di salute dei cittadini in termini di prevenzione, cura e riabilitazione e, dall'altro, l'“integrazione istituzionale”, con il superamento della divisione tra la rete ospedaliera, la rete di sanità pubblica e la rete delle mutualità.

Gli aggiustamenti

Dopo il primo decennio, si andavano evidenziando alcune criticità; la risposta fu data con il Decreto legislativo 502/92 attraverso l'aziendalizzazione delle Asl, lo scorporo dalle Asl delle più importanti strutture ospedaliere che si trasformarono in Aziende Ospedaliere, l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione per gli erogatori pubblici e privati e la contestuale introduzione della pratica



dell'accreditamento. Alla fine anni '90 si rese necessario un ulteriore aggiustamento: libertà di scelta del cittadino all'interno della programmazione sanitaria regionale. In più si introdussero i Livelli essenziali di assistenza (Lea, già previsti nella Riforma del 1978). Nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato, garante dei Lea, e le Regioni, responsabili delle loro effettive applicazioni sul territorio regionale. A fronte di una programmazione nazionale che discende da una riconfermata adozione del modello universalistico tipo Beveridge, adattato al contesto italiano e cioè al federalismo regionale, sono ora implicitamente presenti elementi di positiva emulazione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali. Ciò rende il nostro Ssn tra i più efficaci ed efficienti a livello europeo.

Se questo è il bilancio di questi 30 anni, quali sono le principali prospettive del Ssn? La risposta ci viene dalle risultanze di un intenso dibattito politico programmatico che, dalla discussione che precedette l'Accordo Stato Regioni dell'agosto 2001, arriva fino ad oggi, alla vigilia di un nuovo Patto per la salute tra Governo e Regioni.

Il governo clinico

Confermate due linee trasversali: la prima relativa alla necessità di assicurare una costante “manutenzione” agli elementi fondamentali che caratterizzano il Ssn (la qualità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia delle cure, la definizione dei Lea, la valutazione delle tecnologie e delle cure, l'efficienza nella conduzione delle aziende sanitarie); la seconda relativa, invece, alla promozione della ricerca e dell'innovazione. Accanto a queste due linee, si evidenziano tre direzioni verticali.

La prima direzione consiste nel rilancio operativo e nella ripianificazione organica degli interventi di prevenzione, il settore in cui, tra l'altro, possono essere rintracciati forti margini di miglioramento in termini di condizioni di salute del Paese.

La seconda direzione verticale concerne la ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie. Si è assistito spesso, infatti, ad una non completa e non adeguata coincidenza tra l'uscita dal contenitore ospedale e l'accoglienza da parte del territorio, rappresentato dal medico di base, tale da non essere in grado di fare fronte alle nuove sfide.

Infine, la terza direttrice verticale (perseguita) riguarda la riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici; e quindi della medicina specialistica ed ospedaliera, a partire da due domande: la prima è quella se tutto ciò che viene praticato sia basato su una buona evidenza clinica; la seconda questione è se tutto ciò che viene fatto sia ancorato ad una corretta opzione tra diverse alternative possibili, o meglio che, a parità di efficacia, venga scelto l'intervento che presenti i costi inferiori. In definitiva è la esigenza di assumere anche nel nostro Ssn il criterio del governo clinico, quale ponte gettato tra gli aspetti manageriali e di controllo dei fattori produttivi e la capacità di tradurre tutto ciò in percorsi assistenziali e in percorsi diagnostico terapeutici efficaci.

Ancora, però, ci si trova ad essere insoddisfatti del livello di integrazione: la medicina del territorio (o le cure primarie), la medicina ospedaliera e gli interventi di prevenzione viaggiano in canali separati e raramente comunicanti tra loro.

Risorse ed etica

Vorrei concludere ricordando che le linee evolutive sopra delineate in qualche modo rappresentano un percorso obbligato a fronte delle continue richieste di incrementi delle risorse per la spesa sanitaria pubblica (siamo al 6,5 per cento del Pil), aumenti sempre più difficili da ottenere, almeno nell'attuale ciclo economico. D'altra parte gli incrementi di finanziamento che potranno ottenersi è prevedibile che saranno tutti assorbiti da due grandi settori assistenziali: il primo rappresentato dalla non autosufficienza e della disabilità; il secondo da gruppi di popolazione assistita, affetta da condizione morbosa, ad es. da malattie rare, che vanno eticamente considerate una priorità assistenziale. In altre parole i settori della non autosufficienza e delle malattie ad alto costo di trattamento assorbiranno praticamente tutte le nuove risorse. Ne consegue che per continuare a garantire il complesso dei servizi sanitari che conosciamo, dovremo assicurare un utilizzo più efficiente ed appropriato delle risorse oggi a disposizione.

* Sottosegretario al Welfare-Salute