Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502, sul Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008.

Rep. n. 2501/CU **del** 28 marzo 2006

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 28 marzo 2006:

VISTO l'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni il quale dispone che il Governo, su proposta del Ministro della salute, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, predispone il Piano Sanitario Nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle Regioni ai fini della successiva adozione dello stesso d'intesa con questa Conferenza;

VISTO l'articolo 1, comma 280, della legge della legge 23 dicembre 2005,n. 266, in base a cui l'espressione dell'intesa sul Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 entro il 31 marzo 2006 è condizione per l'accesso al concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 di cui al comma 279 del medesimo articolo 1;

VISTO il documento concernente una informativa sulle "Linee generali dello schema di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008" consegnato dal rappresentante del Ministero della salute nel corso della seduta della Conferenza Stato – Regioni del 22 settembre 2006, al fine di avviare un confronto al riguardo con le Regioni;

VISTO lo schema di Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, esaminato dal Consiglio dei Ministri, in via preliminare il 2 dicembre 2005 e pervenuto, con nota del 5 dicembre 2005, dal Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la prescritta intesa;

VISTO il documento, concernente le proposte delle Regioni sul Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, consegnato dai rappresentanti delle Regioni medesime nel corso dell'incontro tecnico del 19 gennaio 2006;

VISTA la nota in data 15 marzo 2006, con la quale le Regioni hanno trasmesso ulteriore documentazione concernente la proposta relativa al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

VISTA la nota in data 24 marzo 2006, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso un'ulteriore versione dello schema di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che tiene conto delle proposte avanzate dalle Regioni e dalle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 27 marzo 2006, i rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e quelli delle Regioni e delle Autonomie locali hanno espresso assenso tecnico sullo schema di intesa sul Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, nel testo Allegato sub 1), parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso avviso favorevole all'intesa sul Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 con le considerazioni generali di cui al documento consegnato, che si allega sub 2);

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e dei rappresentanti dei Comuni, delle Province e delle Comunità montane;

SANCISCE INTESA

sullo schema di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, esaminato in via preliminare nella seduta del Consiglio dei Ministri del 2 dicembre 2005, nel testo Allegato sub1), parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino

IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. S.

28/3/06
Consegnata
in Segreteria
p. Cat-

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

NOTA SUL
PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Punto 6) O.d.g. Conferenza Unificata

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, esprime l'Intesa al PSN 2006-2008 con le seguenti considerazioni generali.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sulla scorta della intese raggiunte con il Governo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2005, ha approvato nella seduta del 24 novembre 2005 un documento di proposte al nuovo Piano. Il documento delle Regioni, sebbene inviato al Ministro della Salute a fine novembre, non è stato tenuto in considerazione nella prima stesura dello schema di Piano che il Consiglio dei Ministri ha esaminato il 2 dicembre 2005.

A seguito del confronto politico richiesto dalla Conferenza si è aperto un tavolo di lavoro tecnico fra Regioni e Ministero che ha esaminato in maniera approfondita i testi. La mancanza di un lavoro di concertazione preventiva sulla individuazione dei principi e degli obiettivi che nella stesura di un Piano Sanitario Nazionale è di fondamentale importanza, ha portato al testo di Piano approvato che non risponde pienamente alla impostazione delle Regioni.

Nel testo finale, infatti, non è stata compiutamente definita la questione del divario Nord-Sud, così come non ha trovato recepimento la proposta delle Regioni sul Fondo per la non autosufficienza. Inoltre, va ribadita l'insufficienza della risorse e va sottolineato l'impegno di diverse Regioni alla copertura integrativa del fabbisogno attraverso iniziative straordinarie in materia fiscale o di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino. Pertanto resta a margine del Piano il problema della verifica della congruità delle risorse per il pieno finanziamento dei LEA.

Roma, 28 marzo 2006

Allegato sub 1

Ministero della Salute

Schema di Piano Sanitario Nazionale

2006-2008

per

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Indice- griglia

1.	**INTRODUZIONE**	4
2.	**CONTESTI: OPPORTUNITA' E VINCOLI**	5
2.1.	Gli scenari internazionali: scenario comunitario e internazionale	6
2.2.	Il contesto istituzionale e normativo:	8
2.3	I diritti dei cittadini: la centralità dei LEA	9
2.4.	Il quadro epidemiologico: l'evoluzione demografica e l'evoluzione dei bisogni	9
2.5.	L'evoluzione scientifica e tecnica	13
2.6.	Il contesto socio economico nazionale	14
2.7.	Quali risorse per il Servizio Sanitario Nazionale	18
2.8.	Gli strumenti della programmazione	19
2.9.	Il rapporto con i cicli programmatori precedenti ed i Piani sanitari regionali	20
3.	**L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE : LE STRATEGIE PER LO SVILUPPO**	22
3.1.	Il Servizio Sanitario Nazionale: principi ispiratori, universalità del Servizio, equità, cooperazione	22
3.2.	La garanzia e l'aggiornamento dei LEA	23
3.3.	La sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana:	25
3.4.	La Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute	27
3.5.	La riorganizzazione delle cure primarie	32
3.6.	L'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali	33
3.7.	L' integrazione tra diversi livelli di assistenza	37
3.8.	L'integrazione socio-sanitaria	38
3.9.	Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura	39
3.10.	La rete assistenziale per le cure palliative	40
4.	**LE STRATEGIE DEL SISTEMA**	43
4.1.	Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo	43
4.2.	Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale	48
4.3.	Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN	51
4.4.	La promozione del Governo clinico e la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale compresa la tematica delle liste di attesa	53
4.5.	L'aziendalizzazione e l'evoluzione del servizio sanitario	56
4.6.	Le sperimentazioni gestionali	58
4.7.	La politica del farmaco ed i dispositivi medici	59

5.	**GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**	63
5.1.	La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza	63
5.2.	Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie	66
5.3.	La non autosufficienza: anziani e disabili	69
5.4.	La tutela della salute mentale	72
5.5.	Le dipendenze connesse a particolari stili di vita	73
5.6	Il sostegno alle famiglie	75
5.7.	Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali	77
5.8.	Il controllo delle malattie diffusive e la sorveglianza sindromica	79
5.9.	La sicurezza alimentare e la nutrizione	81
5.10.	La Sanità veterinaria	84
5.11.	La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	85
5.12.	Ambiente e salute	87
6.	**LA VALUTAZIONE DEL S.S.N. E IL MONITORAGGIO DEL PSN**	94
6.1.	Il ruolo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nella valutazione del S.S.N.	94
6.1.	Aspetti generali	94
6.2.	Il monitoraggio del PSN	97

1.INTRODUZIONE

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 parte da una disamina degli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno fortemente il panorama sanitario italiano, sia positivamente che negativamente, in termini di opportunità e di vincoli. Vengono quindi considerati gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese nonché a quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico. Vanno infine tenuti presenti, da un lato gli elementi che caratterizzano l'attuale fase istituzionale (federalismo sanitario), dall'altro i precedenti cicli di programmazione sanitaria nazionale ed anche di programmazione sanitaria regionale per valutarne il rapporto con il nuovo Piano nazionale

Dopo questa parte iniziale si svolgerà poi una riflessione sul Servizio Sanitario Nazionale che, partendo da una generale volontà di riconfermare gli attuali valori di carattere generale su cui lo stesso poggia, riaffermi, soprattutto, il principio di uniformità sul territorio nazionale, articolato all'interno del federalismo sanitario.
La parte successiva del Piano sarà una conseguenza dei primi due capitoli nel senso che la consapevolezza degli scenari e la volontà di mantenere i principi fondamentali su cui il sistema poggia, impongono di tenere conto della sua necessaria evoluzione. Bisognerà chiedersi quali scelte strategiche devono connotare questo piano per dare seguito a quanto sopra detto..

Occorrerà fare riferimento alla necessità di strutturare in maniera forte tutte le iniziative che consentono di connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria: portare la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana.

Occorrerà poi fare riferimento ai punti focali dell'azione del Servizio Sanitario Nazionale ed individuarne le priorità: 1) organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; 2) rimodellare le cure primarie (3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale, 4) potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti etc) sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie etc). 5) promuovere l'innovazione e la ricerca; 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale; 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.
L'ultima parte del Piano riguarda la definizione degli obiettivi di salute, le risorse e la valutazione.

2. CONTESTI VINCOLI E OPPORTUNITA'

2.1. Gli scenari internazionali: scenari comunitario e internazionale

La dimensione della tutela della salute e sanità pubblica trascende il livello nazionale per radicarsi nell'Unione Europea (U.E.) e nelle altre Organizzazioni intergovernative(quali l'Organizzazione per lo Sviluppo e la cooperazione economica - OCSE e il Consiglio d'Europa) oppure internazionali (quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS) e in minor misura, nella co-operazione bilaterale con altri Stati. Infatti, a parte alcune eccezioni, è proprio in tali ambiti che prevalentemente si definiscono e si aggiornano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie ottimali, successivamente posti in essere dai Governi nazionali. Ciò dipende da molteplici motivi, fra i quali rivestono particolare importanza: (a) la necessità di un approccio globale per risolvere numerosi problemi sanitari (ad es. controllo delle malattie trasmissibili), nonché per assicurare la sicurezza degli alimenti e delle altre merci che ormai vengono commercializzate su uno scenario mondiale; (b) il carattere senza frontiera della ricerca scientifica e biomedica che sottintende la praticabilità e rende possibile il perseguimento di innovativi obiettivi di salute; (c) i notevoli benefici che derivano dalla collaborazione fra esperienze ed approcci diversi per la ricerca di valide soluzioni di sanità pubblica nella presente fase di globalizzazione; e (d) la solidarietà fra i popoli che si esprime particolarmente nell'aiuto reciproco per la tutela della salute attraverso le Organizzazioni citate, oltre che nella co-operazione bilaterale.

Il Piano Sanitario Nazionale si inserisce in questo contesto europeo: l'allargamento dell'Europa amplia il confronto tra gli Stati e, quindi, la necessità di stabilire un sistema di relazioni tra il Servizio Sanitario Nazionale e i sistemi di tutela della salute di altri Paesi, ma vede anche la possibilità di un aumento della mobilità europea sia dei pazienti che dei professionisti.
Il raggiungimento degli obiettivi di Piano è influenzato o condizionato dallo sviluppo delle politiche di integrazione europea e dalla crescente interrelazione dei processi sociali, economici, culturali a livello globale.

In questo contesto occorre tenere conto degli ampi poteri decisionali attribuiti agli Organi della Unione Europea. Senza dubbio tra i principi del diritto comunitario, ve ne sono alcuni che sono propri del vincolo federale, primo fra tutti il principio della prevalenza del diritto comunitario sul diritto interno. Ciò implica che, in numerosi settori essenziali per la salute, l'Italia è tenuta ad adeguarsi alle normative progressivamente adottate a livello europeo, in genere tramite la cosiddetta procedura di co-decisione.Questo è il caso di una varietà di norme fra le quali si possono citare, a titolo di esempio, quelle in materia di sicurezza alimentare, tutela dell'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, medicinali, trapianti di cellule e tessuti, sangue e tabacco.
Non bisogna sottovalutare la valenza politica del rispetto anche delle Raccomandazioni internazionali ed il fatto che eventuali conseguenze negative per la salute, derivanti dal mancato trasferimento nella normativa o nella pratica di uno Stato dei principi e delle procedure previsti in una Raccomandazione approvata a livello internazionale dallo stesso Stato, potrebbero consentire ai cittadini danneggiati di citare l'Amministrazione competente per ottenere un risarcimento del danno.

Anche per alcune organizzazioni internazionali non mancano fattispecie specifiche per le quali lo statuto conferisce il potere di adottare normative vincolanti. Ad esempio, l'OMS può adottare normative vincolanti in materia di requisiti di igiene e di quarantena e di altre procedure intese a prevenire la diffusione delle malattie fra gli Stati membri. In tal senso opera il Regolamento sanitario Internazionale adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità il 24 maggio 2005.

Fra le priorità delle Organizzazioni citate, quelle dell'OMS riguardano, tra l'altro, il tabagismo, l'alcolismo, la salute mentale, la nutrizione e la sicurezza alimentare, la formazione e l'adeguamento delle risorse umane per la salute, nonché lo sviluppo di strategie e pratiche ottimali da adottarsi per il miglioramento dell'ambiente di lavoro. Inoltre, l'OMS e l'Unione Europea hanno sviluppato strategie e piani di azione dedicati specificamente alla relazione tra ambiente e salute con particolare riferimento ai bambini. L'OMS agisce, peraltro, anche con iniziative che coinvolgono, oltre ai Governi nazionali, gli Enti territoriali quali le Regioni e Comuni (vedere ad esempio la Rete Città Sane costituita da Enti Locali).

L'impegno dell'OCSE nel settore salute è andato crescendo negli ultimi anni: nel 2004, questa organizzazione ha ricevuto dai Ministri della salute degli Stati membri il mandato di continuare il lavoro sullo sviluppo dei dati sanitari, sul sistema della gestione analitica dei se rvizi, sullo sviluppo di indicatori per la valutazione del funzionamento dei servizi sanitari, nella prospettiva di fornire ai responsabili politici e amministrativi elementi per il miglioramento dei sistemi sanitari. Una delle attività che l'OCSE sta sviluppando con maggiore impegno riguarda la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.

Il Consiglio d'Europa considera la salute nel particolare ambito dei diritti umani. Le principali linee strategiche riguardano l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, la protezione delle categorie più deboli, la partecipazione del cittadino e la bioetica. I temi prioritari sono la qualità dei servizi sanitari e la sicurezza dei pazienti, e, accanto ad essi, lo sviluppo di sistemi nazionali di notifica degli incidenti, la piattaforma internazionale per la scambio di informazioni ed esperienze, la formazione del personale, la gestione delle liste di attesa, la partecipazione del cittadino, la promozione della salute, la sicurezza di trasfusioni e trapianti, gli aspetti etici connessi alle nuove tecnologie e possibilità diagnostiche e le cure palliative. La stessa U.E. si impegna ad attuare ogni forma di collaborazione con il Consiglio d'Europa e con l'OCSE (artt. 303 e 304 del Trattato istitutivo dell'Unione Europea).

2.2. Il contesto istituzionale e normativo

Il contesto istituzionale e normativo allo scadere del triennio di vigenza del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali che costituiscono la cornice entro la quale si va a dispiegare la progettualità del nuovo Piano Sanitario Nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 non può che partire da una analisi degli elementi che ne costituiscono il contesto: la modifica del titolo V della Costituzione a seguito dell'entrata in vigore della Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e la individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con il DPCM del 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

L'articolo 117, comma 2 lettera m), a seguito delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione per opera della legge n. 3 del 18 ottobre 2001, ha posto in capo allo Stato la potestà esclusiva nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" e la definizione dei principi fondamentali in materia, da adottarsi con legge nazionale.

Alle Regioni è affidata invece la potestà legislativa concorrente in materia di: "tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario".
Il legislatore costituzionale ha posto con grande chiarezza in capo allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza e nello stesso tempo ha affidato alle Regioni la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.
La competenza generale e residuale, nell'attuazione di tali garanzie, spetta alle Regioni e agli Enti locali. Alla base di questa scelta vi è il "principio di sussidiarietà" costituzionale, che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale.

L'esigenza di garanzia dei Livelli Essenziali, postulata dal legislatore richiede altresì che sia stabilito un serio raccordo tra livelli essenziali e sistema reale di perequazione finanziaria, dando attuazione agli articoli 119 e 120 della Costituzione.

Con queste indicazioni costituzionali al Governo e alle Regioni sono affidati compiti tassativi, riconducibili all'individuazione di meccanismi di garanzia di tutela della salute per il cittadino in tutto il Paese in un'ottica di universalismo ed equità di accesso.

Il Piano Sanitario Nazionale, in un quadro di federalismo sanitario, assume quindi la necessità di definire un nuovo "grande sistema sanitario" nel quale non esiste più un solo attore istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità. Il Piano sviluppa, altresì, il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati nella definizioni di politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute.

Il Piano Sanitario 2006 2008 pone, quindi, l'attenzione più che sulle competenze di ciascun livello di responsabilità del sistema, sulla capacità di instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni.
L'esperienza di questi ultimi anni, dopo le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione ha evidenziato la necessità di trovare una condivisione, un nuovo approccio alle problematiche, una cooperazione sinergica in cui i due principali attori del sistema uniscano le loro potenzialità, nel reciproco rispetto delle nuove competenze, per garantire che il Servizio Sanitario Nazionale sia sempre in grado di affrontare le problematiche nuove emergenti e dare risposte adeguate ai cittadini soprattutto in presenza della necessità di contenere le risorse.

Nel mutato quadro costituzionale dei rapporti tra Governo e Regioni si è affermato, in questi anni, l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano assume pertanto tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi in esso determinati.

In questo quadro istituzionale il Piano Sanitario Nazionale, strumento di governo e di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, sceglie di porre al centro dell'attenzione quale attore principale del sistema il cittadino e la garanzia del suo stato di salute.

Mentre il precedente Piano era stato connotato dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 in base al quale, a fronte di un finanziamento maggiorato per un triennio, le Regioni si impegnavano ad erogare una serie di servizi inclusi nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il nuovo Piano si sviluppa in un contesto delineato dall' Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 1, comma 173 della legge n. 311/2004.

L'Intesa ha come premessa la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale stabilisce per tutti i soggetti operanti, gli obiettivi di consolidamento e di rinnovamento del sistema, nel rispetto dei criteri di fondo su cui basare la scelta degli obiettivi, che devono essere capaci di garantire i diritti e i Livelli Essenziali di Assistenza, di cogliere le opportunità dell'innovazione coerentemente con il quadro organizzativo e concorrere al perseguimento della qualità del sistema nel suo complesso. Tali obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.

Il Piano deve anche tenere conto oggi di una necessaria impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute. Non si può più parlare di Sanità in un contesto che non contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive.

Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio Sanitario Nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione. La politica socio-sanitaria del Paese deve integrarsi ed essere resa coerente al fine della promozione e tutela della salute collettiva ed individuale con le politiche relative allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica ed ai trasporti.

A tale proposito occorre ricordare che il servizio sanitario nazionale è un sistema eminentemente pubblico articolato in Aziende sanitarie. Il carattere pubblicistico del servizio non è ovviamente da intendersi in termini di esclusività dell'offerta pubblica, in quanto il privato ha un suo spazio rilevante, anche se differenziato tra le diverse realtà regionali, quanto piuttosto nella unicità pubblica nel governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema.

Le caratteristiche di pluralismo istituzionale e sociale che le scelte programmatiche intersettoriali rivestono, promuovono quindi la opportunità di dare impulso al processo normativo regionale per l'istituzione e la valorizzazione delle sedi di confronto e di corresponsabilizzazione delle Autonomie locali nel governo del sistema.

2.3. I diritti dei cittadini: la centralità dei LEA

Con il DPCM del 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, individuati in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini, introducendo accanto a liste positive di prestazioni, anche liste negative per quelle prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e per quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche. Il compito di aggiornare progressivamente l'insieme dei servizi e delle prestazioni erogabili alla luce dei fattori scientifici, tecnologici ed

economici ed in relazione alle risorse definite, è stato affidato alla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita dalla legge 15 giugno 2002, n. 112. Nel corso dei suoi lavori, la Commissione, composta paritariamente da esperti di designazione ministeriale e regionale, ha delineato un percorso metodologico che indaga sulla effettiva pertinenza, rilevanza, efficacia, equità e compatibilità economica delle attività e delle prestazioni incluse o da includere nei livelli; la stessa Commissione si è proposta, inoltre, di individuare principi e criteri utili a specificare l'effettivo contenuto dei livelli di assistenza garantiti ai cittadini, soprattutto nei settori in cui il d.P.C.M. riporta definizioni eccessivamente generiche o lacunose. L'esito di questo lavoro consentirà, da un lato, di individuare con più chiarezza l'esatta portata del diritto attribuito ai cittadini e, dall'altro, di meglio delineare i confini delle aree di competenza dello Stato e delle Regioni.

Il D.M. 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", emanato ai sensi d.lgs 56/2000 e attualmente in corso di aggiornamento, individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti. Il Tavolo di monitoraggio dei LEA istituito secondo quanto previsto al punto 15 dell' Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha utilizzato per il proprio lavoro una parte degli indicatori individuati dal citato decreto, tenendo presente la reale fruibilità degli stessi nella fase di avvio della rilevazione, con l'obiettivo di ampliare il set di indicatori negli anni successivi. Il tavolo di monitoraggio tuttavia non ha potuto effettuare un'analisi sulla rilevazione dei costi in quanto non si è raggiunta una convergenza di opinioni sull'analisi di appropriatezza necessaria per stabilire l'effettivo costo alle prestazioni erogate nell'ambito dei LEA.
Dai dati rilevati si manifesta comunque una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, intendendo con tale termine l'erogazione di ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.
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. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità.
Il divario è prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del centro nord, anche se pure all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.
La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza assume così un ruolo centrale di contesto nel Piano Sanitario. In questo senso il Piano deve prevedere le modalità con cui il sistema si dota di strumenti valutativi che rilevino le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

2.4. Il quadro epidemiologico: l' evoluzione demografica e l'evoluzione dei bisogni

Il quadro epidemiologico e demografico nel quale si inserisce il PSN è caratterizzato da modifiche assai rilevanti.
L'aumento della speranza di vita alla nascita è ormai consolidata nel nostro paese: attualmente per le donne siamo oltre gli 82,9 anni. Questo comporta un aumento notevole della popolazione anziana che, però, non si distribuisce omogeneamente in tutte le Regioni con conseguenti differenti necessità di modulazione dell'offerta dei servizi sanitari.

per -

Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane (ultra-65enni) e molto anziane (ultra-85enni).

Di contro in Italia, come in molti paesi a economia avanzata, abbiamo assistito in questi ultimi anni ad una diminuzione marcata della natalità: attualmente il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2, un dato tra i più bassi nel mondo.

Appare evidente che tali modifiche demografiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie quali quelle cronico degenerative, cardiovascolari, tumori, altre malattie dell'invecchiamento e legate alle condizioni socio-economiche. Le priorità del Piano Sanitario Nazionale discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie, anche per effetto dello straordinario progresso tecnologico e scientifico (introduzione di nuovi farmaci e nuove tecnologie).

Cresce il numero dei soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria: emergono nuovi bisogni a cavallo fra sociale e sanitario in relazione all'evoluzione socio-economica e all'incremento della immigrazione e della mobilità generale della popolazione.

La speranza di vita alla nascita

L'aumento della speranza di vita alla nascita costituisce un trend storico consolidato nel nostro Paese che prosegue tuttora, sia per gli uomini che per le donne. Per il genere maschile essa è cresciuta da 76,7 anni del 2001 a 76,9 anni del 2003; anche la vita media delle donne, sempre maggiore di quella degli uomini, sta ulteriormente aumentando: da 82,7 anni del 2001 a 82,9 del 2003. La differenza di genere, a favore delle donne, permane e si attesta da tempo intorno ai 6 anni.

Le regioni più longeve tra gli uomini sono l'Umbria e le Marche (speranza di vita oltre i 78 anni); tra le donne ancora l'Umbria e le Marche e la Provincia di Trento (speranza di vita oltre gli 84 anni). La speranza di vita alla nascita è determinante della definizione dell'età in cui un soggetto può definirsi "anziano" e gli sforzi di assistenza e cura vanno certamente concentrati sui soggetti la cui attesa di vita è di 10 anni. Sono certamente questi soggetti quelli che andrebbero assistiti per l'instaurarsi di patologie multiple, del rischio dei colpi di calore, etc.

La struttura per età

Nel 2004 quasi un italiano su cinque aveva più di 65 anni (19,2%), due terzi avevano tra 15 e 64 anni (66,6%) mentre solo uno su sette aveva meno di 15 anni (14,2%). Le Regioni in cui è maggiore la proporzione di anziani sono la Liguria (26,2%) e l'Umbria (23,1%); viceversa, le Regioni in cui più alta è la proporzione di giovanissimi, al di sotto di 15 anni, sono la Campania (18%), la Provincia di Bolzano (17,1%) e la Sicilia (16,7%).

Il continuo e progressivo invecchiamento della popolazione italiana è espresso dall'andamento dei vari indici strutturali della popolazione, a partire dal cosiddetto "indice di vecchiaia", dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0- 14 anni, che si è incrementato da 130,3 del 2002 a 135,4 del 2004; nel 2004 sono solo due le Regioni in cui l'indice di vecchiaia è inferiore a 100 (ovvero il numero dei giovanissimi supera quello degli anziani): la Provincia di Bolzano (93,8) e la Campania (81,9).

E' interessante inoltre considerare il cosiddetto indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione non attiva-giovanissima e anziana- e la popolazione in età attiva, da 15 a 64 anni), che è intorno al 50%, ed è in continua crescita (da 49,1% nel 2002 a 50,2% nel 2004).

pl.

Nell'ambito del progressivo invecchiamento, merita attenzione l'andamento crescente del numero delle persone ultra-anziane (di 99 anni ed oltre) che sono quintuplicate in venti anni (da circa 2000 nel 1981 a oltre 11000 nel 2001); a fronte di questo notevole aumento della popolazione ultra-anziana, la sua mortalità cresce più lentamente.

Previsioni demografiche

Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane e molto anziane; in particolare, si stima che le persone ultra-65enni passeranno da circa 10 milioni e mezzo del 2001 a oltre 12 milioni nel 2011; in questo stesso arco di tempo si stima che il numero degli ultra-75enni cresca da 4 milioni e seicentomila circa ad oltre 6 milioni; si stima altresì che anche il numero delle persone molto anziane (ultra 85-enni) nell'arco dei dieci anni crescerà da 1 milione e duecentocinquantamila circa del 2001 ad 1 milione e settecentomila circa del 2011.

La natalità

In Italia, negli ultimi 40 anni si sono verificati, come in molti paesi a economia avanzata, notevoli cambiamenti nell'area della salute riproduttiva. Rispetto al passato la natalità è diminuita drasticamente con l' aumento dell'età media delle primipare a oltre 28 anni. Il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2. Un dato tra i più bassi nel mondo (dove la media è 2,8 ma arriva a 5,4 nei paesi meno sviluppati) e anche in Europa.

In questi recenti anni si sta assistendo ad un lieve ma costante incremento delle nascite, attestato nel 2004 sul 9,7 per mille; questo fenomeno è prevalentemente dovuto alla nascita nel nostro Paese di bambini stranieri (l'incidenza delle nascite di bimbi stranieri sul totale dei nati nella popolazione residente in Italia è più che raddoppiata negli ultimi 5 anni, dal 3,9% del 1999 a 8,6% del 2004). Il tasso di natalità non è uniforme su tutto il territorio nazionale, varia da 7,6 nati per mille abitanti in Liguria a 11,5 nella Provincia di Bolzano. Sul fronte della mortalità, l'Italia si attesta a uno dei livelli più bassi in Europa, con 3,7 per mille nati morti contro una media europea di 4,5.

Il quadro epidemiologico

Le evidenti caratteristiche dell'Italia quali l'invecchiamento della popolazione, la ridotta natalità, la necessità di controllare eventi infettivi prevenibili con apposite strategie, indicano come prioritarie le aree delle malattie cardiovascolari (principale causa di morte e di consumo di risorse sanitarie), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziale persi), delle altre malattie dell'invecchiamento, dell'infanzia.

1. Il carico delle *malattie cardiovascolari* in Italia è da anni uno dei più pesanti. La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7 per 1000 per anno negli uomini e di 1,7 per 1000 per anno nelle donne. Per gli eventi cerebrovascolari l'incidenza è di 2,3 per 1000 per anno negli uomini e di 1.4 per 1000 per anno nelle donne. Gli indicatori disponibili sono: mortalità (233.500 decessi per anno), dimissioni ospedaliere (nel 2001 ci sono stati 102.210 ricoveri ospedalieri per infarto del miocardio, la spesa per gli interventi cardiochirurgici è stimabile in circa 650 milioni di Euro e tocca, da sola, l'1% della spesa sanitaria), pensioni di invalidità (31,2% dei motivi sono malattie cardiovascolari), spesa farmaceutica (i farmaci del sistema cardiovascolare da soli assorbono circa la metà dell'intera spesa farmaceutica).

2. Una trattazione a parte merita il *diabete mellito* che in Italia colpisce circa 2 milioni di persone. I risultati dello studio nazionale (ISS, QUADRI) su un campione di popolazione tra i 18 e i 64 anni mostrano che nel 28% la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni. Il 30% dei pazienti ha sofferto di almeno una complicanza; le più frequenti sono la retinopatia diabetica (19%) e la cardiopatia ischemica (13%). Solo il 28% del campione ha un indice di

massa corporea normale; il 40% è in sovrappeso mentre gli obesi sono il 32%. Il 27% del campione in studio non svolge alcuna attività fisica.

3. Ogni anno in Italia si registrano ancora circa 240 mila nuovi casi di tumore e 140 mila sono i decessi (il 28% della mortalità complessiva). Ci sono, dunque, quasi un milione e mezzo di persone affette da tumore, fra pazienti guariti, nuovi casi e quelli in trattamento. L'incidenza di queste patologie è in costante aumento per l'invecchiamento della popolazione e per l'esposizione a fattori di rischio noti e non noti e a sostanze cancerogene, come il fumo di sigaretta, e alcuni inquinanti ambientali. Si stima che nel 2010 vi saranno circa 270 mila nuovi casi di tumore all'anno e 145 mila decessi. Nei dati dei Registri Tumore italiani, il tumore del polmone è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.
La distribuzione del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra nord, dove è maggiore il rischio di ammalare, e il sud.
Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, calcolata sui pazienti diagnosticati negli anni 1986-89, sono complessivamente del 39%: uguali alla media europea per gli uomini e leggermente superiori per le donne. La proporzione dei malati che guariscono è in aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel 1987-89, si stima che la proporzione di coloro che possono ritenersi guariti sia del 25% negli uomini e del 38% nelle donne. Tale proporzione era del 21% e del 29%, rispettivamente, nel periodo di diagnosi 1978-80. La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

4. Il 3% delle donne ed il 2% degli uomini da 65 a 69 anni ha bisogno di assistenza quotidiana: questa percentuale sale al 25% nelle donne sopra gli 80 anni ed al 18% negli uomini.
La prevalenza di *patologie croniche* dell'anziano è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni. Le malattie della senescenza e le malattie a morbilità elevata per le quali esistono prospettive di prevenzione, trattamento o ritardo della comparsa e della disabilità ad esse correlate sono: *osteoporosi, osteoartrosi, diabete, malattie cardiovascolari, depressione, malattia di Alzheimer; demenze, morbo di Parkinson, tumori (seno, cervice uterina, colon-retto), BPCO, disabilità fisica, psichica e mentale*. E' difficile fornire dati di frequenza attendibili su tali patologie, ma ad esempio sappiamo che la demenza è una condizione che interessa dal 1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento all'età di 80 anni. In Italia si stimano circa 500 mila ammalati di malattia di Alzheimer. Uno studio recente indica che il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi e nel rapporto OSMED 2004 risulta evidente un aumento dell'uso di farmaci per l'osteoporosi.

Il costo dell'assistenza aumenta nel tempo ed in funzione dell'età: aumenta il numero di anziani "utenti" ed aumenta il costo sanitario dell'utente, il consumo di soggetto con oltre 75 anni di età è 11 volte maggiore di quello di un soggetto di età tra i 25 e i 34 anni (rapporto OSMED). Il 92% degli anziani Veneti assumono farmaci in maniera continuativa o ciclica (Studio Veneto MMG) contro il 79% degli anziani in Sardegna ed il 95% in Puglia (Studio Argento ISS). Esistono grandi differenze geografiche ad esempio, la prevalenza di disabilità media nei 65enni è diversa nelle varie aree del Paese.
Gli anziani sono un gruppo a rischio per la depressione e il suicidio e ci sono buone evidenze che si possono prevenire e ridurre questi problemi con l'esercizio fisico, il ricorso a gruppi di mutuo-aiuto, alle attività di socializzazione, alle visite domiciliari da parte di personale capace di riconoscere i bisogni socio-sanitari e di promuovere interventi relativi.

PCr

5. Il miglioramento delle cure perinatali, negli ultimi due decenni, ha indotto una rilevante riduzione della morbilità e della mortalità infantile, soprattutto per quanto riguarda il periodo neonatale. Tuttavia, la situazione sociale ed economica nonché le caratteristiche dell'assistenza sanitaria sono molto disomogenee nelle varie Regioni in cui persistono significative differenze nella disponibilità e nella effettiva utilizzazione dei servizi di prevenzione e nella qualità dell'assistenza perinatale. I dati di copertura vaccinale relativi ai bambini con malattie croniche indicano come questi gruppi, che dovrebbero essere particolarmente tutelati, sono generalmente poco protetti. La percentuale di bambini "a rischio" vaccinati per influenza e pneumococco è inferiore al 3%, mentre quella per varicella è inferiore all'1%. Per i bambini con patologie di base, la copertura vaccinale sia per influenza che per pneumococco era inferiore al 10%. È necessario migliorare la copertura vaccinale dei bambini con patologie di base, che sono a maggior rischio di complicanze.

Il quadro demografico del nostro Paese si caratterizza per un aumento della speranza di vita, per un aumento della proporzione di anziani e "grandi anziani" e per una lieve ripresa della natalità, da attribuire prevalentemente alla nascita di bimbi stranieri.

2.5. L'evoluzione scientifica e tecnologica

Attualmente i sistemi sanitari devono far fronte ad una domanda crescente di forme assistenziali innovative e ad elevato contenuto tecnologico, generando un'esigenza di equilibrio tra l'incremento della tecnologia e i bisogni assistenziali dei pazienti. Così, mentre in passato le politiche sanitarie erano, in prima istanza, concentrate sulla valutazione degli standard organizzativi e, solo in seconda istanza, sull'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche e sui risultati finali degli interventi, oggi diviene sempre più importante orientare le stesse politiche verso esigenze assistenziali più complesse e focalizzate all'efficacia degli interventi, oltre alla diffusione di prime esperienze attuate attraverso metodi e procedure dell'health technology assessment.

Lo sviluppo dei sistemi sanitari dipende, tra l'altro, dalla capacità di governare l'ingresso delle nuove tecnologie (attrezzature, ICT, biotecnologie sanitarie) nella pratica clinica per assicurare risultati positivi in termini di salute, in un quadro di sostenibilità finanziaria, equità ed integrazione degli interventi. L'innovazione tecnologia assume, dunque, una cruciale importanza in termini di generatore di sviluppo per due principali ordini di motivi:

- da un lato, è considerata generatore di efficienza per il sistema sanitario e di miglioramento dell'offerta complessiva di prestazioni per il paziente, sia attraverso specifiche decisioni di politica sanitaria (es. la promozione al ricorso delle cure domiciliari attraverso modelli alternativi di organizzazione del servizio con dispositivi innovativi di tele-assistenza), sia attraverso nuove procedure assistenziali che si servono di tecnologia innovativa per lo sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici di particolare efficacia in termini di outcome,
- dall'altro, è considerata fattore critico di successo per lo sviluppo economico del paese perché generatore di nuovi impulsi, sia per l'ulteriore sviluppo della ricerca e della conoscenza, sia per il trasferimento dell'innovazione stessa verso il mercato delle imprese tradizionali e/o innovative.

In tale contesto il settore sanitario rappresenta un elemento di forte impulso dell'innovazione tecnologica attraverso la presenza combinata dei seguenti elementi:

- una rilevante attività di ricerca "sul campo" sia di tipo sperimentale che di tipo industriale,

- la creazione di un indotto di imprese ad alto contenuto innovativo che si rivolgono all'utilizzo e all'introduzione estensiva di nuove tecnologie sanitarie e di nuovi farmaci. Il conseguimento dell'introduzione di nuovi farmaci è reso possibile, tra l'altro, dall'applicazione di discipline alla base dell'innovazione quali le biotecnologie sanitarie.

Nel campo delle scienze della vita e della biotecnologia è in corso una rivoluzione che comporta un'apertura nei confronti di nuove applicazioni nel settore sanitario negli ambienti di vita di lavoro e di ricerca con un coinvolgimento globale. Le nuove conoscenze hanno originato nuove discipline scientifiche quali la genomica, la bioinformatica, l'applicazione delle quali ha un impatto profondo sulla società e sull'economia. Le potenzialità delle biotecnologie coinvolgono fortemente settori di attività connessi al mantenimento della salute umana e, nel complesso sistema di applicazione delle biotecnologie in continua evoluzione, vanno ricordate particolarmente quelle applicate al genoma umano. Questo settore è quello che più invade la sfera privata dell'uomo ma che ha prodotto nella terapia risultati impensabili prima della nascita delle nuove tecnologie, quali la terapia genica e la riproduzione di tessuti, e ci sono attese per la terapia personalizzata e la riproduzione di organi.

2.6. Il contesto socio economico nazionale

La ricostruzione del contesto socio economico, in cui va a collocarsi la programmazione sanitaria 2006-2008, non può che partire dalla presa d'atto dell'indubbia fase di grave difficoltà che l'Italia si trova oggi ad affrontare. In un contesto di rallentamento che riguarda certamente l'Europa nel suo complesso, l'Italia cresce da diversi anni assai meno degli altri paesi europei.
Il Piano Sanitario Nazionale, dunque, si iscrive in una situazione economica nella quale la prevista ripresa dell'economia del nostro Paese non si è ancora materializzata, anzi la tendenza a breve è ancora quella di una crescita molto limitata, al di sotto delle previsioni e in, alcuni momenti, vicina a valori pari allo zero.
Tuttavia le previsioni a medio termine non possono non tenere conto della possibile ripresa dei paesi industrializzati che dovrebbe consolidarsi nel 2007, assestandosi su un trend simile a quello registrato negli anni novanta e il completamento delle politiche di riforma dei mercati dei beni e del lavoro favoriranno un maggior grado di flessibilità con crescita della produttività e della competitività.
Nel Documento di programmazione economica e finanziaria che introduce la manovra di finanza pubblica 2006-2009 il Governo stima che l'attuale fase di ristagno non durerà a lungo e quindi per il 2006 e il 2007, in linea con la Commissione europea e in modo prudenziale, prevede una crescita intorno all'1,5%. In questa situazione, un primo approccio per verificare quali problemi al settore sanitario derivano da questa situazione di contesto può consistere nel raffrontare l'andamento del PIL rispetto alle disponibilità finanziarie messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e alla spesa sanitaria effettivamente registrata negli ultimi 5 anni.

Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N. (variazioni percentuali annue)

ITALIA	2001	2002	2003	2004	2005(§)
PIL reale	1,8	0,4	0,3	1,2	0,0
PIL a prezzi correnti	4,5	3,4	3,2	3,9	4,6

spesa effettiva del SSN	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8
costo effettivo del SSN		4,8	2,7	7,0	4,0
Finanziamento (fabbisogno) previsto per il SSN (*)	8,2	6,1	3,9	4,9	7,0

(*) Nel triennio 2001 - 2003 non sono stati considerati gli ulteriori 1.450 milioni previsti dalla norma di ripiano.
(§) I valori 2005 sono stimati tranne il finanziamento (fabbisogno), che è quello stabilito dalla legge 311/2004 (finanziaria 2005)

Come si vede la dinamica di crescita della spesa sanitaria e del finanziamento garantito è fortemente più accelerata rispetto a quella del PIL.

Di fronte a questi dati un'analisi superficiale potrebbe spingere ad orientare la valutazione dell'impatto che il contesto socio economico potrà esercitare sull'organizzazione sanitaria solo verso la tematica del contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria per conseguire una compatibilità con la situazione economica del Paese. In realtà tale semplificazione sarebbe erronea in quanto non tiene conto degli elementi che vengono di seguito descritti.
In prima approssimazione si può fare riferimento ad alcuni principali aspetti:

1. sanità come "azienda" impegnata nella gestione di un numero rilevante di risorse umane e di rapporti con un "indotto" formato da imprese fornitrici, atto a garantire il funzionamento corrente delle strutture sanitarie;
2. sanità come impulso alla realizzazione di infrastrutture sul territorio con una mobilitazione di risorse finanziarie considerevoli e di soggetti imprenditoriali coinvolti nel processo attuativo degli investimenti strutturali;
3. sanità come creatore di nuovi soggetti economici, erogatori di servizi socio sanitari volti alla copertura della crescente domanda proveniente dalle dinamiche demografiche legate all'aumento dell'età media e dal conseguente incremento della non autosufficienza e della dipendenza a livello di territorio e di domicilio;
4. sanità come settore di impulso all'innovazione tecnologica attraverso l'utilizzo di nuove pratiche assistenziali e tecnologiche, di attrezzature e strutture di comunicazione innovative e di telecomunicazione, nonché attraverso lo sviluppo del settore delle biotecnologie sanitarie;
5. il settore salute come settore attivo nella valutazione degli effetti sulla popolazione e sul territorio derivanti dall'adozione delle altre politiche di sviluppo (i.e. industriale, ambientale, agricolo, ecc) e dalle valutazioni di eventuali azioni correttive da porre in essere allo scopo di garantire uno sviluppo economico equilibrato.

Più nel dettaglio, può essere richiamato l'elemento che si riferisce al ruolo complesso che l'organizzazione sanitaria gioca rispetto alle influenze che il rapporto tra invecchiamento e salute avrà sulla società e sull'economia. A breve termine infatti, cioè fin dai prossimi anni, si osserverà un invecchiamento progressivo della forza di lavoro, che sarà di dimensioni mai viste prima, anche se moderate dal tentativo, peraltro sempre più contrastato dalle politiche previdenziali, di espulsione dal mercato dei lavoratori in esubero più anziani. Questo fenomeno può avere delle conseguenze inedite sulla salute e sul sistema economico generale che occorrerebbe prendere in considerazione in modo tempestivo.

La prima conseguenza riguarda i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana, fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza

sanitaria. Il secondo aspetto, correlato al precedente, è che il luogo di lavoro è il contesto dove la persona può imparare con più facilità a curare le proprie abilità funzionali, fisiche cognitive e sociali, abilità che costituiscono il migliore viatico per un invecchiamento in salute: oggi questi obiettivi di promozione della salute attraverso l'educazione agli stili di vita salutari e attraverso la pratica dell'esercizio fisico regolare non sono perseguiti nei luoghi di lavoro e si perde un'altra occasione preziosa per mantenere questa "work ability".

Sempre sul versante sociale ed economico, ma più a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi. In particolare, questo fenomeno influenzerà le professioni sanitarie e l'assistenza: il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza richiesto dall'invecchiamento della popolazione imporrà una necessità di più infermieri e di più medici di medicina generale. Inoltre, gli investimenti per migliorare la salute degli anziani (la cosiddetta "compression of morbidity") attraverso la prevenzione e la promozione della salute sono assolutamente prioritari per gli effetti benefici sulla salute e sulla qualità della vita.
In conclusione, ci si può attendere un aumento progressivo dei costi di assistenza sanitaria nei prossimi decenni, legato all'invecchiamento, solo moderatamente influenzabile dai flussi immigratori di popolazione giovane e dal successo degli eventuali sforzi di promozione della salute e di prevenzione sanitaria.

Un secondo elemento si riferisce al fatto che la salute rappresenta il risultato marginale (unintended effect) praticamente di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo; tuttavia di questo effetto quasi sempre si ha consapevolezza solo dopo l'adozione delle politiche stesse e, quindi, esso non viene preso in considerazione né in sede di scelta di decisione preliminare sul singolo intervento, né nella valutazione dei costi e delle responsabilità che essi comportano. Solo in campo ambientale la valutazione dell'impatto sulla salute dei diversi interventi è stata disciplinata con le procedure di Health Risk Assessment nei documenti di Valutazione d'Impatto Ambientale, anche se con un ruolo abbastanza ancillare. Nel resto dei campi interessati dalle politiche e dagli interventi per lo sviluppo (occupazione, welfare, urbanistica e infrastrutture, educazione, tecnologia...) questi effetti indesiderati sono quasi sempre ignorati e non servono ad indirizzare le scelte. L'esigenza che va emergendo, invece è che nessun intervento o politica che superi una certa soglia di rilievo dovrebbe poter essere introdotta senza un adeguato Health Impact Assessment, per il quale a tutt'oggi soccorrono alcuni modelli che non sono ancora adeguatamente conosciuti, diffusi, sperimentati ed applicati.

Un terzo elemento è relativo al ruolo che la sanità esercita come moderatore degli effetti connessi alle dinamiche socio – economiche e demografiche. Molti degli effetti sulla salute generati dalle politiche e dagli interventi correlati allo sviluppo possono essere prevenuti, contrastati o moderati con appropriati interventi da parte del sistema sanitario. Adeguati interventi di sostegno ed assistenza territoriale, possono evitare gli effetti indesiderati della disoccupazione e della precarietà che possono essere indotti da interventi di riconversione della struttura produttiva o della forza di lavoro. Tuttavia in questo ambito è ancora poco consolidata la conoscenza sull'efficacia di questi interventi e sarebbe molto importante far crescere un patrimonio di "evidence based intervention", soprattutto con le componenti del sistema sanitario deputati alla prevenzione dell'assistenza.

Il quarto elemento si riferisce alla capacità che la sanità può avere di generatore di effetti diretti sui "fondamentali" dell'economia. In Italia il settore della salute occupa il settimo posto per numero di addetti (1,2 milioni) e il terzo per valore della produzione. Definire i confini del sistema sanitario, in termini produttivi, è un'operazione in certo modo arbitraria, ma necessaria. Il sistema sanitario produce e impiega sia beni sia servizi appartenenti a branche

produttive diverse -industria chimico-farmaceutica, apparecchi e materiale sanitario, servizi sanitari alle persone e alla collettività la cui caratteristica è di produrre beni e prestazioni a contenuto sanitario. Il settore sanitario contribuisce alla produzione nazionale per il 7,6%, agli investimenti fissi lordi per l'1,4% e alle esportazioni per l'1%. La sua rilevanza è superiore a quella dell'intera agricoltura (2,9% del Pil), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2,0%) e automobilistica (1,3%).

L'aumento o la diminuzione della spesa sanitaria può avere quindi un effetto espansivo o riduttivo sulla produzione nazionale, sulle importazioni, sull'occupazione, sugli investimenti, sui redditi, sui profitti e sulle imposte. Tagli alla spesa sanitaria comportano con effetto moltiplicativo una perdita di posti di lavoro e un calo delle imposte indirette. Naturalmente, anche le condizioni generali dell'economia nazionale esercitano un'influenza diretta sul sistema sanitario. Le risorse spendibili per la sanità sono vincolate, in qualche modo, dalle dimensioni dell'economia e dalle fasi del ciclo economico. In particolare, si dovranno considerare politiche attive con riferimento all'influenza esercitata dal settore sanitario sul mercato del lavoro, finalizzate agli interventi a favore dell'occupazione, ad un più ampio e strutturato processo di formazione delle risorse professionali in merito ai nuovi sviluppo del settore sanitario (territorialità, continuità assistenziale, introduzione di nuova tecnologia sanitaria, ecc) e ad una più rilevante circolazione a livello nazionale ed internazionale delle risorse professionali.

Il quinto elemento tiene conto della sanità come "induttore" di sviluppo economico attraverso i legami con altri settori industriali. La sanità è oggi annoverabile tra i principali settori per lo sviluppo dell'economia. Questo non solo per il legame diretto con le principali determinanti dell'economia quali il mercato del lavoro, la politica degli investimenti, la politica della spesa, etc. ma anche perché oggi il settore sanitario crea impresa. E' stato dimostrato, infatti, che ogni euro speso nell'acquisto di beni intermedi necessari a produrre prestazioni sanitarie (ad es. materiale diagnostico, energia elettrica), propaga un impulso ai settori che forniscono questi beni, che a loro volta generano una richiesta di forniture in altri comparti e così via.

Infine, un sesto elemento da menzionarsi nel contesto socio-economico è quello relativo al ruolo che i soggetti della società civile sono chiamati a giocare nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali, in particolare ci si riferisce al *Terzo settore*, che possiamo definire quale spazio sociale tra Stato e mercato, caratterizzato da soggetti privati, dotati di diverso grado di formalizzazione e istituzionalizzazione, tutti tendenti a finalità di pubblico interesse. Si tratta di un settore misto collegato a tutti e tre i sottosistemi della società (Stato, mercato e sfera informale), che porta le istanze di partecipazione alla vita sociale del cittadino. In senso ampio è costituito dai cittadini, dai nuclei familiari, dalle forme di aiuto-aiuto e di reciprocità; dai soggetti della solidarietà organizzata; dalle organizzazioni sindacali; dalle associazioni sociali e di tutela degli utenti, dagli organismi non lucrativi di utilità sociale; dagli organismi della cooperazione; dalle associazioni e gli enti di promozione sociale; dalle fondazioni e gli enti di patronato; dalle organizzazioni di volontariato; dagli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi e intese.
Va evidenziato il ruolo innovatore che è stato riconosciuto al c.d. Terzo settore nell'impianto normativo del Servizio Sanitario Nazionale. Gli obiettivi di politica sanitaria e sociale, infatti, possono essere meglio perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale: istituzionali, sociali, di volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del mondo produttivo. Per questo la concertazione è vista non solo come strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sanitarie e sociali, ma anche e soprattutto come condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione.

In questo quadro non si può dimenticare che il ruolo che la sanità gioca nello sviluppo del Paese va al di là di una lettura meramente economicista. Ciò che la sanità può produrre, se organizzata in un sistema efficiente ed efficace in cui il cittadino e le istituzioni locali rivestono un ruolo centrale, è coesione sociale, processi di identificazione e solidarietà, adesione e condivisione di valori; ed è indubbio che tale processo sia di fondamentale importanza nel superamento dei periodi di crisi economico-sociali, in cui invece le spinte economiche inducono spesso fenomeni di disgregazione, conflittualità territoriale e sociale, indifferenza ai valori nazionali e dello Stato.

2.7. Quali risorse per il Servizio Sanitario Nazionale

La evoluzione dell'importo delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario è in continua progressione con un notevole sforzo sia delle Regioni che dello Stato che a partire dal 2002 hanno concordato per un triennio, l'ammontare delle risorse che complessivamente sono destinate alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La legge finanziaria 2005 ha fissato, per il triennio 2005–07, l'importo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Per il 2006, primo anno di vigenza del nuovo PSN, l'importo è definito in 89.960 milioni di euro. Le risorse disponibili consentiranno, mediamente, una quota capitaria pari a circa €. 1500, mentre l'importo complessivo sarà destinato in riferimento ai livelli di assistenza, per il 5% alla prevenzione, il 44% all'assistenza ospedaliera ed il rimanente 51% all'assistenza distrettuale sul territorio.
Nonostante l'incremento di risorse messe a disposizione dall'Accordo dell' 8 agosto 2001 e dalla legge finanziaria 2005 negli anni dal 2001 al 2005 si sono verificati e continuano a verificarsi disavanzi, al cui determinarsi contribuiscono due tipologie di elementi.
La prima riferibile al fatto che, per quanto il finanziamento del SSN abbia raggiunto il 6,3% del PIL (nel 2000 si era al 5,6%), si stanno verificando fenomeni epocali quali l'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'aumentata percezione del bene salute e quindi la crescente richiesta di servizi, unitamente al fatto che negli anni passati gli investimenti in prevenzione (vaccinazioni, lotta al fumo di tabacco, all'obesità e al diabete, all'uso di alcool e di droghe, agli incidenti domestici) sono stati scarsi, nonostante sia noto che essi sono quelli con il massimo ritorno in termini economici e di salute.
La seconda relativa alle modalità gestionali attuate in alcune realtà del Paese. Nonostante gli sforzi fatti dalle Regioni in termini organizzativi e di recupero dell'efficienza si ritiene che le economie conseguibili su questi aspetti sono ancora cospicue. Se è vero infatti che tutte le Regioni si sono impegnate negli anni più recenti con interventi di miglioramento, è anche vero che il risultato è stato diverso da Regione a Regione, per cui ancora molto si può fare.

In questa situazione è fondamentale, se si vuole evitare il tendenziale riformarsi di un cospicuo disavanzo, accompagnare le eventuali misure di riadeguamento delle disponibilità finanziarie, con manovre strutturali in modo che le nuove risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale e di recupero della sua efficienza, già a suo tempo condivisi con le Regioni con la cosiddetta Dichiarazione congiunta di Cernobbio che ha previsto il rilancio della prevenzione primaria e secondaria, la ridefinizione delle cure primarie, la qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici secondo l'approccio della clinical governance.
In questo quadro è da ritenersi determinante che le risorse disponibili per il triennio 2005 – 2007, tenendo conto della spesa effettivamente sostenuta nel 2004 e correggendo il tendenziale di spesa 2005, possano soddisfare le esigenze del Servizio sanitario in modo da:

- finalizzare il maggior finanziamento alla realizzazione di servizi inclusi nei LEA, definendo contemporaneamente gli standard qualitativi e quantitativi dei LEA stessi;
- evitare che la manovra tesa a recuperare il disavanzo derivante dallo scarto tra il finanziamento concesso e la spesa tendenziale prevista dalle Regioni (che , potrebbe anche superare € 93.000 milioni) sia aspecifica, cioè non tenga conto che i fattori di splafonamento sono diversamente distribuiti tra le Regioni e che quindi le misure correttive vanno adattate alle singole Regioni interessate
- realizzare, nei confronti delle Regioni che manifestano rilevanti difficoltà nel mantenere l'equilibrio di bilancio e nell'assicurare l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, una adeguata opera di affiancamento per aiutarle a recuperare efficienza e capacità realizzativa.

2.8. Gli strumenti della programmazione

La programmazione sanitaria nazionale, nel contesto del Piano Sanitario Nazionale si misura con almeno tre ordini di questioni: i contenuti, la "governance", il rapporto con la programmazione regionale.
Per quanto attiene all'individuazione degli obiettivi e delle priorità del Piano Sanitario Nazionale si deve in primo luogo fare riferimento al quadro dei principi a cui il Servizio Sanitario Nazionale ed i singoli sistemi sanitari regionali fanno riferimento.
Anche questo è uno dei passaggi che consente di dare valore e sostanza al carattere nazionale del Servizio Sanitario, laddove individua finalità condivise e fatte proprie dai soggetti istituzionali del sistema.
In questa ottica non si può dimenticare che:
- la definizione degli obiettivi di salute non può prescindere dalla enunciazione dei valori fondamentali a cui essi debbono rifarsi e cioè:
    - la salute come diritto umano fondamentale;
    - l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione per il suo conseguimento
    - la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo protezione e la promozione della salute.
    - le priorità del Piano sanitario nazionale discendono dai problemi di salute del Paese, caratterizzati fortemente dal mutare del quadro demografico ed epidemiologico.

Per quanto riguarda il rapporto tra la programmazione nazionale e la "governance" del Servizio Sanitario Nazionale, cioè il livello di responsabilità cui la programmazione deve essere ricondotta, nella sede della Conferenza Stato-Regioni sono state sperimentate nuove modalità di concertazione, che hanno, nel corso degli ultimi anni, consolidato un percorso nel rispetto del principio di "leale collaborazione".

Quanto al rapporto tra programmazione nazionale e programmazione regionale si sottolinea come tutte le Regioni dovrebbero nutrire interesse nei confronti del programma di lavoro delineato dal Piano, volto ad affrontare i problemi del SSN e a promuoverne l'evoluzione, sulla base della constatazione che lo sviluppo dei propri servizi sanitari dipende anche da quello del SSN nel suo complesso, così come i problemi dei Servizi sanitari di alcune Regioni ricadono direttamente o indirettamente su quelli di altre. In questo contesto le Regioni contribuiscono alla programmazione nazionale, contribuendo altresì ad un più corretto rapporto tra il SSN e le sue singole parti.
Tenendo conto delle considerazioni riportate occorre tenere presente che il PSN non è l'unico strumento di attuazione della programmazione nazionale e che anzi esso deve costituire

strumento di riferimento di carattere generale per iniziative programmatiche da attuarsi nel triennio attraverso una forte sinergia tra Stato e Regioni.

A tale proposito si fa presente che nel contesto attuale di programmazione non può non tenersi conto di nuovi strumenti di programmazione concertata, che, nel corso degli anni, sono assurti al ruolo di strumenti sussidiari e a volte principali di programmazione, anche alla luce dell'evoluzione del rapporto Stato-Regioni.
Tra gli strumenti di programmazione che si possono annoverare oltre al Piano Sanitario Nazionale, vi sono le leggi-quadro, i Piani Nazionali di settore (che intervengono sulle modalità erogative dei livelli essenziali di assistenza); le Intese istituzionali e gli Accordi di programma (che costituiscono il quadro di riferimento degli atti di programmazione negoziata che hanno luogo nella Regione o Provincia autonoma); le linee guida , gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla Conferenza Unificata e da ultimo le Intese tra Stato e Regioni, ai sensi della legge 5 giugno 2003, n.131, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.

2.9. Il rapporto con i cicli programmatori precedenti e i Piani sanitari regionali

Tradizionalmente il Piano Sanitario nazionale individua obiettivi di carattere generale, distinguibili, in via di prima approssimazione, come obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di "salute", che le Regioni sono invitate in qualche modo a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Con il Piano 2003-2005 si è avuto una iniziale modifica di tale impostazione.

Il Piano 2003-2005 si è posto da un lato come conferma dell'impianto universalistico che, in applicazione dell'articolo 32 della Costituzione, ha portato alla costruzione del Servizio Sanitario Nazionale, dall'altro come strumento condiviso per agevolare il passaggio al federalismo in campo sanitario, tenendo conto del nuovo contesto istituzionale, ma anche del quadro demografico ed epidemiologico nazionale.

Nel passaggio dalla "sanità" alla "salute", il Piano ha individuato dieci progetti per la strategia del cambiamento, avendo come riferimento prioritario la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il Piano rimandava, in una ottica di collaborazione, ad accordi successivi la individuazione delle aree di priorità cui vincolare, anche, risorse specifiche.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 sono state individuate cinque aree prioritarie di applicazione del PSN precedente:

- l'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza
- le cure primarie;
- la non autosufficienza;
- i centri di eccellenza;
- la comunicazione istituzionale soprattutto applicata alla prevenzione.

Sulla base di ulteriori riflessioni congiunte Stato Regioni tenuto conto degli obiettivi già concordati nel PSN 2003-2005, il Ministro della salute e gli Assessori alla Sanità hanno convenuto nell'incontro di Cernobbio, nell'aprile 2004 su "Sanità futura", alcune principali linee di azione:

1. Ottimizzare la domanda con le "Primary Care Clinics" (UTAP);
2. Misurare gli *outcome* e promuovere il governo clinico per la qualità;

3. Educazione sanitaria, prevenzione primaria e diagnosi precoce;
4. Centri di eccellenza clinica;
5. Ricerca clinica.

Nella sua applicazione il PSN 2003-2005 ha, inoltre, fatto emergere la necessità di procedere ad una "messa in ordine" degli elementi fondamentali del S.S.N., attraverso l'ampio progetto collaborativo Ministero-Regioni denominato Progetto Mattoni. Tale progetto, ancora in corso, sta consentendo di rivisitare 15 aree tematiche di fondamentale importanza sia per la programmazione nazionale e regionale che per la tenuta del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

La innovazione di tale impostazione avviata con il Piano 2003-2005 tiene conto del fatto che il Servizio Sanitario Nazionale non è la semplice sommatoria dei 21 Servizi sanitari delle Regioni e delle Province autonome, ma è qualcosa di più e di diverso: un sistema esteso su tutto il territorio nazionale di tutela della salute, con un corrispondente livello di governo, con proprie regole e propri obiettivi.

Contemporaneamente le Regioni dopo la Riforma Costituzionale hanno adottato i loro piani sanitari che hanno alcuni aspetti di cornice comuni, in particolare esplicitano i principi di fondo ai quali intendono ispirarsi e accompagnano le enunciazioni sugli obiettivi prioritari per il triennio con scelte strategiche per raggiungerli (anche se le indicazioni operative variano molto da Regione a Regione).

Le linee di indirizzo dei Piani sanitari delle diverse Regioni disegnano scelte politiche di fondo, naturalmente diversificate, del governo del sistema-salute regionale, ma al tempo stesso mostrano strategie generalmente condivise, quale quella del rafforzamento del rapporto tra ospedale e territorio, riservando finalmente a quest'ultimo un ruolo primario nel circuito dell'assistenza: dalle cure a domicilio all'assistenza ai malati terminali alla lungodegenza, anche se con modalità attuative diverse.

E' evidente che la logica di fondo è la ricerca di strumenti che "difendano" il soggetto più fragile ma le scelte sono diverse. Da un lato si privilegia la costruzione di un sistema pubblico di protezione; dall'altro si privilegia la libertà di scelta, tramite una contrattazione di mercato, con regole predefinite (di servizi e controlli).

I Piani sanitari regionali perseguono anche un'altra finalità particolarmente rilevante nell'ambito della piena responsabilizzazione delle Regioni sul piano finanziario: quella del controllo della spesa sanitaria, senza limitare i servizi ai cittadini. L'esperienza degli ultimi quattro anni suggerisce una possibile innovazione: il Piano sanitario nazionale si pone come uno strumento di lavoro condiviso volto ad affrontare i problemi di salute del Servizio Sanitario Nazionale, definendo le priorità, le collaborazioni con e tra i diversi organismi settoriali esistenti.

3. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:LE STRATEGIE PER LO SVILUPPO

3.1. Il Servizio Sanitario nazionale: principi ispiratori, universalità del Servizio, equità, cooperazione

Principi ispiratori

Una riflessione sul Servizio Sanitario Nazionale deve necessariamente partire dalla considerazione che vi è un generale consenso nel Paese a mantenere le caratteristiche fondamentali dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale, in particolare: universalità, sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate nel Paese, rispetto della libera scelta, pluralismo erogativo basato sul ruolo delle strutture pubbliche, delle strutture private accreditate non profit e di quelle private accreditate profit.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è un sistema "universalistico", rivolto cioè a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro. Il PSN riafferma con energia, in quanto principio fondante, questo valore, a volte dato quasi per scontato, ma che costituisce una delle variabili più importanti nei confronti dei sistemi sanitari internazionali, e al tempo stesso lo rende operativo e leggibile.

Il PSN promuove, inoltre, l' equità del sistema, da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma di assicurare ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.

I sistemi sanitari riflettono le disuguaglianze della nostra società, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche e, per converso, possono risultare strumento per il contrasto delle conseguenze sulla salute di tali diverse condizioni. Per questo è rilevante perseguire con maggiore incisività l'obiettivo dell'equità e dell'equilibrio nella disponibilità di risorse, in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali.

L'accessibilità deve essere garantita per l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione soprattutto alle fasce economicamente più deboli, in quanto una mancata previsione di erogazione ed una consequenziale espulsione del bisogno verso settori libero-professionali a pagamento, corrisponderebbero alla negazione del diritto alla tutela della salute. E' da valutare attentamente, in relazione al dispiegamento dei modelli di salute regionali, la modalità attraverso la quale è garantito il diritto all'accessibilità alle fasce socialmente, economicamente o culturalmente disagiate.

Obiettivi

Il PSN fa propri gli obiettivi di salute già individuati dal PSN 2003-2005 ed in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.

L'ipotesi su cui si regge il nuovo Piano è che i vincoli, ma anche le opportunità, che emergono dall'analisi dei contesti condizioneranno fortemente il modo di essere del S.S.N. In questa situazione proprio la volontà di salvaguardare le caratteristiche di fondo del Servizio Sanitario Nazionale fa nascere il bisogno di necessari adeguamenti rispetto ai nuovi scenari in

cui è chiamato ad operare. Senza tali adeguamenti la "forza delle cose" deformerebbe in maniera incontrollata il sistema.
A tal fine si richiama quanto già evidenziato nel paragrafo 2.3 in materia di superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali, quale asse portante nella programmazione sanitaria regionale.
Occorre tener presente l'esigenza di aggiustamenti strutturali dell'offerta. In particolare a fronte delle nuove esigenze emergenti (innalzamento dell'età media della popolazione e necessità di maggiori risorse) si impone una ristrutturazione della rete ospedaliera per acuti con adeguati investimenti e un impegno contemporaneo di valorizzazione del territorio.
Per garantire questo adeguamento è necessario puntare contemporaneamente:

- al miglioramento delle condizioni di salute;
- alla razionalizzazione degli interventi;
- all'implementazione di un processo di miglioramento qualitativo (anche sotto dei risultati di salute);
- alla razionalizzazione delle risorse e alla loro rifinalizzazione più appropriata, coinvolgendo i cittadini e le reti di cittadinanza in operazioni di governance creativa nelle quali cittadino, associazioni di tutela e reti di cittadinanza divengano sponsor e attori del sistema sanitario nazionale garantendo la partecipazione consapevole;
- al superamento del divario nell'offerta tra le diverse realtà regionali.

Uno degli elementi importanti per garantire l'equità è il governo della mobilità. Bisogna prendere atto della difficoltà legata alla diversità di stato dell'arte dell'evoluzione dei diversi servizi regionali: se infatti è condiviso da tutte la necessità di garantire livelli e qualità delle cure ai propri cittadini, evitando discriminazioni nell'accesso, di fatto attualmente non tutte le Regioni sono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio soprattutto per quanto riguarda le più evolute risposte tecnologiche e terapeutiche. D'altra parte è anche da evidenziare che, stante la disomogeneità della popolazione residente nelle diverse regioni, non è efficace ed efficiente avere un approccio del "tutto ad ogni costo in ogni realtà": questo è il caso per esempio della alta tecnologia che per garantire un livello di qualità della risposta richiede un bacino di utenza a volte superiore di molto a un milione di persone o, invece, della alta specializzazione la cui qualità dell'offerta è direttamente proporzionale al numero dei casi trattati. Nel periodo di vigenza del Piano si promuoveranno nuove forme di mutualità reciproca e il governo della mobilità non dimenticando il nuovo contesto europeo in cui si colloca l'Italia.

Nel periodo di vigenza del Piano saranno definite regole e principi di comportamento a livello nazionale che trovino attuazione attraverso accordi tra le Regioni finalizzati ad ottimizzare e qualificare le prestazioni di alta specialità e promuovere l'autonomia regionale nella produzione di media – bassa complessità.

3.2. La garanzia e l'aggiornamento dei LEA

La prima linea di azione riguarda la prosecuzione del processo di attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) anche attraverso un perfezionamento della relativa disciplina, volto a precisare il rapporto dialettico tra la uniforme garanzia dei servizi e delle prestazioni assicurate a tutti i cittadini e la variabilità applicativa regionale.

In questo quadro alcune criticità in materia di Livelli Essenziali di Assistenza impongono, nel triennio, di:

- definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e

semiresidenziale; un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo potrebbe venire dalla contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale;

- aggiornare le liste delle prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative sviluppate nel corso degli ultimi anni, delle quali sia stata dimostrata l'efficacia clinica e/o l'economicità;
- definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità e inappropriatezza prescrittiva;
- affermare il principio che la garanzia dei livelli di assistenza implica la garanzia dell'accessibilità delle prestazioni, anche nel contesto delle isole minori e delle comunita' montane isolate, come previsto dal D.P.C.M. di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria del 29 novembre 2001;
- rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda e rimuovere i fattori che risultano di ostacolo all'esercizio del diritto ai livelli di assistenza a causa di:
    - carente diffusione dei servizi sul territorio: in alcune aree del territorio nazionale alcune tipologie di servizi ed attività assistenziali presentano ancora una diffusione insufficiente rispetto alle necessità della popolazione, in specie per quanto riguarda il livello dell'assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
    - onerosità della quota di partecipazione alla spesa: la disciplina in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, risalente agli anni 1993/1995, appare ormai inadatta a selezionare gli assistiti che hanno bisogno di un'agevolazione di natura economica per accedere alle prestazioni sanitarie;
    - disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche di alta complessità nelle diverse aree territoriali, così come è emerso da una analisi delle schede di dimissione ospedaliere che ha evidenziato che i cittadini residenti in alcune aree territoriali usufruiscono di alcune prestazioni, sicuramente efficaci ed in grado di incidere risolutivamente sulle specifiche condizioni patologiche, in misura significativamente inferiore dei cittadini residenti altrove;
    - liste di attesa: l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza. Per questo motivo, l'eccessiva lunghezza delle liste rappresenta, nei fatti, la negazione del diritto dei cittadini ad accedere ai livelli essenziali. La soluzione di questo problema è particolarmente complessa e richiede interventi volti sia alla razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sia alla qualificazione della domanda. Per questi aspetti ci si atterrà a quanto previsto dal Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa previsto dalla legge 266/2005;
- superare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali anche attraverso il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88, che proprio nelle regioni meridionali fa registrare ritardi notevoli rispetto alla tempistica mediamente registrabile a livello nazionale.

La garanzia dell'equità rende necessario che nel triennio di vigenza del PSN si individuino regole condivise sia sul versante dell'offerta (promovendo l'omogeneizzazione in ambito nazionale dei livelli di garanzia della qualità dei servizi, dello sviluppo del sistema informativo del SSN e tecnologie annesse, dei programmi di prevenzione e lotta alle malattie infettive vecchie e nuove), sia sul versante della domanda e delle condizioni di accesso (individuando le modalità per il governo della mobilità interregionale, lo sviluppo della

comunicazione e della partecipazione dei cittadini, l'omogeneizzazione su scala nazionale delle modalità di accesso ai servizi, anche in riferimento al problema dei tempi di attesa).
L'equità non si può realizzare senza la promozione dell'appropriatezza. L'appropriatezza, nei suoi due classici significati di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse, è fortemente relazionata alla capacità del sistema di assicurare "equità" di erogazione di prestazioni, perché è evidente che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso le aree di maggior bisogno.

3.3. La sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana

Per quanto riguarda il contesto europeo, il livello di attenzione deve essere rivolto ai rapporti tra politiche europee e sistema della salute italiano, in relazione a tre aspetti principali:

- la dimensione della promozione della salute come affermata dall' Unione Europea attraverso piani e programmi a forte valenza intersettoriale;
- gli ambiti di armonizzazione su aspetti sanitari di competenza prevalentemente nazionale che la Commissione Europea promuove nel quadro delle politiche di sussidiarietà;
- il modello di relazioni basato sull'impiego del metodo aperto di coordinamento per la tutela e lo sviluppo della salute, della ricerca, della modernizzazione e diffusione dei processi di informazione e comunicazione interattiva anche in sede di formazione delle politiche comunitarie.

Sotto il primo aspetto, anche in carenza di specifici impegni derivanti dal Trattato, l'azione della Commissione Europea si muove nella direzione della promozione di piani e programmi (con particolare riferimento al vigente Programma comunitario nel campo della sanità pubblica 2003-2008 e allo schema di Programma Europeo di Salute Pubblica 2007-2013 proposto dalla Commissione e attualmente in discussione al Parlamento Europeo) a forte valenza intersettoriale attraverso specifiche azioni di incentivazione mirate alla cooperazione delle politiche e alla realizzazione di piattaforme europee di informazione, di conoscenza, di servizio e di valutazione.

Sotto il secondo aspetto, vale rilevare le attività in corso a livello comunitario in materia di:

- determinanti di salute ivi compreso il controllo della sicurezza del ciclo alimentare;
- controllo delle malattie trasmissibili;
- mobilità dei cittadini europei con abilitazione all'accesso a prestazioni qualitativamente omogenee;
- mobilità degli operatori sanitari;
- sviluppo dei Centri di riferimento europei;
- sicurezza dei pazienti;
- sviluppo della Società dell'informazione;
- processi di integrazione tra ricerca per la salute, impresa e finanza, anche in relazione allo sviluppo della formazione avanzata e alle modifiche delle modalità di costituzione ed accesso ai Fondi Strutturali per lo sviluppo delle piattaforme tecnologiche interistituzionali e intersettoriali.

Sotto il terzo aspetto, il Piano deve tenere in particolare conto delle indicazioni della Commissione Europea per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie. Il piano si deve

sviluppare tenendo conto delle tre direttrici innovative su cui è impostata la politica dell'Unione Europea per un profilo europeo dei sistemi di salute:

- della "salute per tutti" con le sottospecifiche della copertura territoriale e dei processi di inclusione anche in relazione alla multiculturalità;
- dello sviluppo delle eccellenze sia per il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni europee, che per la valorizzazione dello know-how;
- valorizzazione delle soluzioni integrate con sviluppo di processi di analisi, modellizzazione e valutazione di impatto al fine di promuovere il trasferimento delle migliori pratiche europee in un quadro di sostenibilità economica.

Alla luce dei punti sopra esposti, il Piano Sanitario Nazionale persegue gli obiettivi sanitari previsti nel vigente Programma Comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) attuando, in tal modo, il necessario coordinamento dei piani sanitari regionali, e si ancora agli sviluppi normativi comunitari che in una varietà di settori (quali alimenti, medicinali, trapianti, inquinamento ambientale, tutela delle acque, etc) definiscono periodicamente i nuovi quadri di riferimento che le Regioni sono tenute ad attuare, ove necessario, previo recepimento delle normative in questione nel diritto nazionale.

Le priorità all'esame sono le seguenti:

• Rafforzare le sinergie tramite azioni e strumenti al fine di proteggere i cittadini dai rischi e dalle minacce che sfuggono al controllo dell'individuo; accrescere la capacità dei cittadini di decidere riguardo alla loro salute e ai loro interessi e integrare nelle altre politiche gli obiettivi della politica in materia di salute.

I principali strumenti e le azioni per il conseguimento degli obiettivi sono quelli finalizzati: (i) al miglioramento della comunicazione con i cittadini; (ii) ad accrescere la partecipazione delle associazioni dei cittadini, del volontariato e delle altre parti interessate all'elaborazione delle politiche in tema di salute; (iii) alla messa a punto di un approccio per integrare le questioni in tema di salute nelle altre politiche, per migliorare l'individuazione precoce, la valutazione e la comunicazione dei rischi sanitari; e (iv) promuovere la sicurezza dei prodotti e dei servizi destinati ai cittadini.

• Assicurare le necessarie azioni e misure di sostegno per proteggere i cittadini e reagire contro le minacce per la salute, incoraggiare strategie intese a favorire stili di vita più salutari, contribuire a ridurre l'incidenza delle principali malattie, migliorare l'efficienza e l'efficacia dei sistemi sanitari.

I principali strumenti e le azioni da attuare sono quelli finalizzati a: (i) rafforzare la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmissibili; (ii) reagire alle minacce per la salute, ivi incluse quelle derivanti dal terrorismo; (iii) promuovere la salute agendo sui determinanti degli stili di vita; (iv) prevenire malattie e lesioni attraverso l'identificazione delle migliori pratiche; (v) realizzare sinergie tra i sistemi sanitari e migliorare l'informazione e le conoscenze in materia di sanità in vista di una migliore sanità pubblica.

Un altro recente sviluppo a livello europeo riguarda il settore dell'assistenza sanitaria, nel quale sono state avviate numerose attività, fra le quali vi sono le seguenti:

a. facilitare l'offerta e l'acquisizione di cure sanitarie transfrontaliere, tramite la raccolta e lo scambio di informazioni, onde consentire la messa in comune delle capacità di cure, anche al fine di contrastare la formazione di lunghe liste di attesa;
b. scambiare informazioni sulla mobilità dei professionisti della salute e gestire le conseguenze di tale mobilità;
c. creare un sistema di cooperazione tra i diversi sistemi sanitari attraverso l'istituzione di Centri di riferimento e altre strutture di collaborazione per fronteggiare meglio a

livello nazionale ed europeo i problemi connessi, ad es. alle malattie rare e ad altre patologie che richiedono interventi di alta specializzazione;

d. costituire una rete nazionale ed europea destinata a rafforzare la capacità di elaborare e scambiare dati e valutazioni in materia di tecnologie sanitarie. Ciò anche al fine di: (a) sviluppare informazioni comuni di base; (b) condividere criteri di valutazione; e (c) identificare priorità di lavoro comune;

e. sviluppare un sistema nazionale ed europeo di informazione sui sistemi sanitari e sulle cure mediche *on line* per pazienti, professionisti e responsabili dell'elaborazione delle politiche sanitarie;

f. sviluppare strumenti intesi a valutare l'impatto delle politiche nazionali e comunitarie diverse da quelle sanitarie sui sistemi sanitari e sulla salute al fine di sviluppare strumenti condivisi che possano essere saggiati e validati;

g. migliorare la sicurezza dei pazienti che si affidano alle cure dei servizi sanitari attraverso la messa a comune di esperienze e l'elaborazione congiunta di linee guida e sistemi di gestione.

Per quanto riguarda i processi di formazione degli atti comunitari si tratta di dare pronta attuazione alle norme generali sulla partecipazione dell'Italia, sulla base della caratterizzazione del Servizio Sanitario Nazionale come previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione, al processo normativo dell'Unione Europea e sulle procedure di esecuzione degli obblighi comunitari, ai sensi della Legge 4 febbraio 2005, n.11. Per quanto riguarda, infine, le attività curate dalle Organizzazioni internazionali e intergovernative, è necessario prevedere una specifica intesa tra livello centrale e sistemi regionali. Un'apposita procedura sarà posta in essere per assicurare una capillare e sistematica opera di informazione e partecipazione delle Istituzioni territoriali.

In conclusione, per quanto riguarda gli aspetti citati, il Ministero e il coordinamento sanitario delle Regioni e delle Province Autonome, intendono, anche attraverso l'individuazione di specifiche strutture operative, a:

- mettere a punto un efficace sistema nel promuovere la partecipazione delle Regioni e Province Autonome nonché di altre istituzioni ed aziende italiane a progetti incentivanti europei e alle politiche di collaborazione basate sulla sussidiarietà;
- assicurare un'efficace e costante informazione e coordinamento delle Regioni e Province Autonome nel merito degli sviluppi a livello europeo in modo da innestare l'intero servizio sanitario nazionale, nell'alveo del flusso dell'evoluzione comunitaria e del più ampio contesto europeo sia nella fase ascendente che discendente del processo decisionale.

3.4. La prevenzione sanitaria e la promozione della salute

La consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione nel contrastare l'insorgere delle patologie o nel contenerne gli effetti, ha portato in questi anni ad una crescita della sensibilità internazionale e nazionale sulla necessità di attivare organici interventi in tema di prevenzione, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze. Caratteristiche comuni agli interventi di prevenzione sono:

- le motivazioni etiche e di contrasto alle disuguaglianze: gli interventi hanno lo scopo di estendere azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi;
- l'ampia trasversalità, infatti numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere alla loro realizzazione: spesso gli interventi sono frutto di azioni

coordinate all'interno del Servizio sanitario nazionale, altre volte devono essere realizzati tramite azioni intersettoriali che vedono coinvolte altre istituzioni, e pertanto devono essere condivisi e concertati dai diversi attori interessati, anche al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e i risultati.

Negli ultimi anni, il mondo istituzionale e quello scientifico hanno evidenziato come l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per una attiva promozione della salute dei cittadini, risultino maggiormente efficaci adottando un percorso metodologico che segue alcuni punti fondamentali:

- effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le "reti sanitarie" operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della Evidence Based Prevention);
- utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell' azione istituzionale;
- sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
- definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati.

Progressi evidenti sono stati effettuati nella direzione sopra indicata in tutte le aree di intervento della prevenzione; anche le normative e gli atti formali di riferimento tendono attualmente a privilegiare azioni di sistema per la realizzazione di processi che aiutino la crescita della "cultura della prevenzione", piuttosto che la mera erogazione di singole prestazioni. Esempi significativi di tale percorso culturale e metodologico che, peraltro, aderisce in senso istituzionale al nuovo rapporto tra Stato e Regioni determinato dalla modifica del Titolo V° della Costituzione, sono rappresentati:

- dal Piano di Prevenzione attiva, sull'adozione del quale hanno concordato il Ministro della Salute e gli Assessori Regionali nell'incontro di Cernobbio del 2004 su "Sanità futura" e successivamente approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome. Il documento è stato oggetto di accordo tra lo Stato e le Regioni per l'erogazione delle quote vincolate agli obiettivi di PSN 2003-2005, ed infine modificato ed integrato come Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, allegato 2 all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Tale piano ha in sé un nuovo modello di metodo di lavoro che riconosce un punto alto di integrazione istituzionale-scientifico tra i livelli di governo centrale ed i governi territoriali, rappresentato nel caso specifico dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM);
- dal documento approvato nella Conferenza delle Regioni e Province autonome, che recepisce le indicazioni del gruppo di lavoro misto per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, quale esempio di adozione anche a livello istituzionale del metodo della Evidence Based Prevention (EBP).

La prevenzione primaria e la promozione della salute

Dagli anni '80 si è fatta sempre più presente una nuova concezione della salute, non più obiettivo da raggiungere ma "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale..." che vede nelle "persone stesse la maggiore risorsa" (Carta di Ottawa 1986). La promozione della salute si realizza nei due ambiti, individuale e collettivo, in primo luogo tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad es. promuovendo l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita, e a livello delle collettività migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute.

A fianco di ciò, avvenimenti di carattere sopranazionale avvenuti nell'ultimo decennio hanno dimostrato come la prevenzione di rischi per la salute e la sicurezza della collettività deve essere realizzata attraverso la costruzione, e la costante manutenzione, di una rete di previsione, sorveglianza, controllo e gestione coordinata degli eventi.
Tale rete riconosce nodi territoriali, regionali e nazionali del sistema sanitario; contemporaneamente, in più casi riconosce la necessità di integrazione operativa tra reti del sistema sanitario e reti istituzionali diverse (ad esempio quella della protezione civile), sia per lo scambio rapido di informazioni, sia per eventuali interventi coordinati sul campo.

Quelle che seguono sono importanti esperienze già poste in essere o attualmente in corso:

- sul versante del monitoraggio degli stili di vita è iniziata nel 2005 l'attuazione, da parte di CCM, ISS e Regioni, del progetto "Passi per l'Italia" (ideato nell'ambito della progettazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario), finalizzato a sperimentare un sistema di sorveglianza di popolazione centrato sui fattori di rischio comportamentali e sulla diffusione delle misure di prevenzione all'interno della popolazione. L'obiettivo strategico del sistema è quello di fornire a Regioni e Aziende basi di dati tempestive e utili per la pianificazione, la realizzazione e la valutazione dell'azione in sanità pubblica;
- sul versante dei sistemi informativi per la conoscenza dei fenomeni, l'analisi delle cause degli stessi e la conseguente progettazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro basate sulle evidenze epidemiologiche. Dal 2002 INAIL, ISPESL, Regioni e Province Autonome hanno sviluppato e reso operativo il progetto denominato "nuovi Flussi informativi" ed "analisi delle cause degli infortuni gravi e mortali";
- sul versante dei sistemi di allerta la BSE prima e la influenza aviaria attualmente hanno portato a sviluppare importantissime sinergie di sistemi in rete tra le strutture specifiche dei Dipartimenti di Prevenzione, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, le strutture tecniche del Ministero della Salute;
- sul versante della programmazione delle attività per contenere gli effetti calamitosi generalizzati sulla popolazione, recente è l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del piano di prevenzione in previsione della pandemia influenzale.

Tali esperienze sono importanti riferimenti per l'approfondimento di tematiche di coordinamento, che attualmente presentano criticità, e che possono esitare in utili accordi tra Stato e Regioni:

1. analisi dello stato attuale dei nodi del sistema della prevenzione primaria, ponendosi l'obiettivo di una revisione sistematica dei compiti delle varie istituzioni e dei livelli coinvolti;
2. organizzazione generale del sistema a livello nazionale e regionale e modalità di coordinamento tra i diversi attori (Stato, ISS, ISPESL, Regioni, IZS, ARPA ecc).
3. individuazione di metodologie condivise per la definizione delle priorità di sistema e delle conseguenti necessità di risorse,

4. ruolo e funzioni di una rete integrata per la sorveglianza epidemiologica e l'analisi dei dati
5. Valutazione delle necessità specifiche del sistema informativo, integrato nel più vasto ambito del sistema informativo sanitario

Obiettivi di sistema prioritari da raggiungere nella durata temporale del presente Piano sono:

- il consolidamento in tutto il territorio nazionale della rete per la prevenzione collettiva territoriale rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione e consolidamento dei nodi tecnici regionali di supporto e coordinamento, nel rispetto dei diversi modelli organizzativi delle Regioni e Province Autonome;
- la strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale, come funzione chiave per la conoscenza dei bisogni, il monitoraggio della efficacia degli interventi, il miglioramento della qualità dei flussi informativi e della capacità della loro gestione, finalizzate anche ad una più efficace e sintonica comunicazione istituzionale;
- la creazione e/o consolidamento, all'interno di tale rete, di nodi per il supporto alle azioni sul campo, che sappiano metodologicamente sviluppare programmi finalizzati alla promozione della salute, con particolare riferimento alle tecniche di comunicazione;
- il consolidamento del metodo di lavoro in rete, in cui i nodi, posti ai vari livelli istituzionali (territoriali e nazionali), condividano gli obiettivi, gli strumenti, le reciproche e complementari funzioni, divenendo - in una medesima filiera - "coproduttori" dei programmi di azione;
- il miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

Obiettivi di salute prioritari

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007, che viene confermato al 2008, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 definisce una parte delle priorità degli interventi di prevenzione da sviluppare nel prossimo triennio. A quel documento, così come alle linee guida emanate dal CCM successivamente per lo sviluppo dei programmi regionali, si rimanda relativamente alle tematiche in esso contenute, ovvero:

la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
- diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti,
- prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino,
- prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente,
- prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;

gli screening :
- dei tumori al seno
- del cancro della cervice uterina
- del cancro del colon- retto

la prevenzione degli incidenti:
- stradali
- domestici
- sul lavoro

le vaccinazioni:
- implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale
- implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio

miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali.

Altri obiettivi

Si elencano di seguito gli altri obiettivi di prioritario interesse ai fini della prevenzione dei rischi e promozione della salute, che verranno sviluppati successivamente:

- lo sviluppo, in sinergia con la rete delle Agenzie per la Protezione Ambientale, di programmi per la tutela dell'ambiente, inteso quale fattore di qualità della salute, partendo dall'analisi dei dati epidemiologici integrati con quelli ambientali (cosiddetta epidemiologia ambientale);
- l'attuazione di programmi per il controllo e la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, in sintonia con le linee europee, consolidando i livelli di integrazione interistituzionale già presenti;
- la promozione della sicurezza alimentare con l'adeguamento agli standard europei di controllo basati sull'analisi del rischio secondo principi di efficacia ed imparzialità;
- la promozione della sanità pubblica veterinaria con la razionalizzazione delle attività di monitoraggio, il miglioramento del sistema di raccolta delle informazioni e l'implementazione delle anagrafi delle specie di maggior interesse zootecnico;
- l'individuazione di modelli operativi più efficaci per la promozione degli stili di vita sani. In particolare va potenziata e resa stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali da condursi sul modello della Behavioral Risk Factor Surveillance degli Stati Uniti, in modo da consentire un monitoraggio longitudinale delle modifiche nei comportamenti della popolazione ed una verifica di efficacia delle azioni poste in essere. Tra gli interventi sugli stili di vita si ritengono prioritari:
  - lo sviluppo di programmi multisettoriali di contrasto al tabagismo in linea con le indicazioni dell'OMS e dell'Unione Europea, che prevedano la prevenzione del fumo tra i giovani, il sostegno alle politiche di tutela dal fumo passivo e il supporto alla disassuefazione;
  - la promozione attiva di abitudini non sedentarie;
  - la promozione attiva di corrette abitudini alimentari anche attraverso il sostegno alla produzione e alla vendita di alimenti o di gruppi di alimenti il cui consumo abituale è associato a bassa frequenza delle patologie correlate a scorrette abitudini alimentari e le attività di counseling nutrizionale in tutte le occasioni di incontro tra operatori sanitari ed utenti/pazienti.

Tra le sinergie possibili per lo sviluppo di tutti i programmi di prevenzione e promozione della sicurezza e salute è certamente prioritaria quella con il mondo della scuola per la sua valenza formativa verso le classi di popolazione più giovane.

La comunicazione istituzionale

Indispensabile per l'ottenimento di risultati positivi in queste aree di attività è la capacità di saper gestire la comunicazione istituzionale: nonostante si siano sviluppate esperienze positive e di eccellenza, nel prossimo futuro dovrà maggiormente diffondersi in tutte le strutture del sistema sanitario la consapevolezza dell'importanza strategica di tali azioni e dovrà crescere parallelamente la capacità professionale nell'attuare le strategie comunicative. Pur essendo evidente che tutte le tematiche sopra trattate necessitano di interventi di comunicazione strutturati, si ritiene che possano risultare di particolare valore le strategie comunicative per alcuni argomenti in cui l'azione informativa, ai fini di modifiche comportamentali, è prevalente rispetto ad altri strumenti di azione (l'elenco è indicativo e non esaustivo):

- interventi di promozione della salute alla guida, con particolare riguardo al conseguente fenomeno degli incidenti stradali;
- sviluppo della comunicazione del rischio e dell'emergenza e, in particolare, sulla sensibilizzazione (a livello regionale e locale) della popolazione alle problematiche relative alle calamità di tipo chimico, fisico e biologico;
- sviluppo della comunicazione medico-paziente, al fine di migliorare la qualità del rapporto stesso e aumentare il livello di customer satisfaction;
- interventi di promozione della salute praticanti attività sportiva e fisica in senso più generale, con particolare riferimento al problema del doping e dell'utilizzo di integratori;
- interventi mirati a favorire la corretta convivenza tra le persone e gli animali domestici, nel rispetto delle esigenze sanitarie, ambientali e del benessere degli animali stessi, con specifiche iniziative sulle problematiche relative al rapporto uomo-animale da compagnia ed i conseguenti risvolti sociali (come il fenomeno degli abbandoni, del randagismo e della pet-therapy).

3.5. La riorganizzazione delle cure primarie

Un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. si riferisce alla riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Per raggiungere questo obiettivo occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale.

Nelle aree non urbane, nelle zone montane, nelle isole minori, o comunque caratterizzate da popolazione sparsa, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche è necessario promuovere l'uso dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina, per i quali vanno definiti standard qualitativi, quantitativi e di accreditamento. Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (*intermediate health care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

Nell'area pediatrica va consolidata la centralità del pediatra di libera scelta, anche per garantire la continuità assistenziale la dove finora è stata carente. Anche in questo campo vanno attivate le diverse forme di integrazione ed aggregazione, nelle varie forme associative

tra pediatri di libera scelta, in particolare nelle aree urbane, come ad es. la pediatria di gruppo, e, dove questo non è possibile, all'interno di studi medici in cui possano operare con i medici di medicina generale, nell'ambito di una collaborazione che possa prevedere lo sviluppo della continuità di assistenza e cura dall'età pediatrica a quella adulta.

3.6. L'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali

I risultati ottenuti negli ultimi anni dalle attività regionali che, per le loro specificità, hanno richiesto un approccio a rete, in termini di sviluppo e qualità del sistema, devono spingere le Regioni, anche sulla base di specifiche intese, a sviluppare tale metodologia, favorendo lo sviluppo di reti nazionali di servizi clinici, assistenziali, di formazione, di ricerca. La realizzazione delle reti avrà come risultato anche un migliore utilizzo delle risorse e una maggiore garanzia di qualità delle cure.
Se si considera l'attuale sviluppo tecnologico ospedaliero con il conseguente incremento vertiginoso dei costi, in particolare della diagnostica per immagine, e l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, emerge la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Questi ospedali devono rappresentare lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consenta il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini.
Occorre quindi lavorare in due direzioni, da un lato per garantire funzionalità ed efficienza delle reti assistenziali aventi anche una valenza nazionale, dall'altro esplicitando quali reti, pur di valenza intraregionale, richiedono comunque un richiamo nel PSN.
Il concetto di rete va, infatti, sviluppato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza nella risposta, (emergenza urgenza), o interregionale per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (trapianti) ma anche rete per alcuni servizi (malattie rare), per i quali conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o anche rete come scelta delle Regioni di condividere alcune strutture per l'erogazione di alcuni servizi, tramite accordo tra piccole regioni e grandi o tra regioni viciniore. La rete in questo caso può servire da stimolo per una efficacia collaborazione interregionale e per colmare il divario Nord- Sud.
Il disegno in rete dei servizi dovrebbe proporre un modello di organizzazione regionale, per specifiche tipologie territoriali. Peraltro l'attuazione di sistemi di rete regionale, pur se adeguati a specifiche realtà, deve tener conto di norme e di una modellizzazione organizzativa e gestionale che renda la rete intraregionale compatibile con quella aziendale e quindi permetta di ottenere l'efficacia e l'efficienza stessa. In particolare si deve promuovere la realizzazione di nuovi sistemi di rete per quelle specialità non integrate in modelli di gestione, e potenziare le reti già esistenti, allargandone la competenza territoriale. Tra queste un ruolo particolare è rivestito dalla rete dell'emergenza-urgenza con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni, la neuroriabilitazione, dalla rete per i trapianti, dalla rete per le malattie rare.
Il Piano individua le reti di interesse nazionale e sovraregionale.

La rete dell'emergenza-urgenza
Il sistema dell'Emergenza sanitaria è formato da una fase di allarme assicurata dalla Centrale Operativa alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118" e da due fasi di risposta, quella Territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio, e quella Ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di P.S. e di DEA di I e II livello.

Per quanto attiene alle maxiemergenze o alle emergenze la cui gestione coinvolge varie istituzioni l'esperienza di questi ultimi anni ha dimostrato la necessità di intervento congiunto di Regioni, amministrazioni centrali statali quali i Ministeri e la Protezione civile, organizzazioni nazionali governative e non; a questo scopo di volta in volta sono stati individuati modelli di cooperazione che permettessero di affrontare il problema emergente, senza però evitare rischi di sovrapposizioni o attriti istituzionali. Nel triennio di vigenza del PSN si affronterà questo tema delineando la cornice di riferimento e indicando gli strumenti in cui i diversi soggetti, per le rispettive competenze, riescano ad agire in modo coordinato ed efficiente.

La rete delle malattie rare

Lo sforzo già compiuto nel triennio 2003-2005 per la tutela dei soggetti affetti da malattie rare dovrà essere intensificato. Se è vero, infatti, che le Regioni hanno formalmente individuato i presidi deputati alla diagnosi delle malattie ed alla presa in carico dei pazienti, è anche vero che la costituzione della Rete è ancora agli inizi e la collaborazione tra i presidi deve essere fortemente implementata. E' necessario che si attuino azioni atte a garantire ai pazienti con malattie rare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale. Per molte delle malattie rare comprese nell'elenco allegato al decreto 279/2001 è ragionevole ritenere che in ogni Regione possa essere garantito un approccio adeguato, funzionale ad evitare gravosi spostamenti di pazienti. E' pur vero che per malattie estremamente rare, così come per quelle che richiedono trattamenti particolarmente impegnativi, si dovrà giungere all'identificazione di presidi di riferimento sovraregionali o nazionali, che opportunamente supportati, possano garantire assistenza superspecialistica per il periodo necessario e che si raccordino con i centri vicini al domicilio dei pazienti per quanto riguarda il monitoraggio più a lungo termine.

Il potenziamento della Rete per le malattie rare dovrà infine tendere non solo a garantire l'assistenza ai pazienti al meglio delle attuali potenzialità, ma anche a sviluppare azioni che contribuiscono a migliorare le possibilità di cura oggi inadeguate per la maggior parte di queste patologie.

Le principali azioni da sviluppare nel triennio sono le seguenti:

- sviluppare i rapporti tra i presidi della Rete per diffondere e consolidare protocolli diagnostici e terapeutici per le malattie rare;
- promuovere l'integrazione delle competenze per garantire sia un approccio multidisciplinare a condizione complesse che maggiori possibilità di successo nella ricerca;
- diffondere nella popolazione le informazioni sui presidi della Rete, anche attraverso le associazioni dei malati e dei loro familiari, per garantire una diagnosi ed una presa in carico tempestiva ed evitare gli accessi ripetuti presso strutture sanitarie prive della necessaria esperienza specifica;
- aggiornare l'elenco delle malattie rare allegato al decreto ministeriale n. 279/2001, sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore;
- consolidare l'attività del Registro nazionale delle malattie rare istituito presso l'Istituto Superiore di sanità, sviluppando ed omogeneizzando l'attività dei Registri regionali;
- sviluppare programmi di ricerca sulla diagnosi ed il trattamento delle malattie rare e favorire la disponibilità dei farmaci orfani
- promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

La rete trasfusionale

Occorre dare attuazione alla direttiva 2002/98/CE, del Parlamento Europeo e del Consiglio (che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti e che modifica la

direttiva 2001/83/CE) e delle direttive di Commissione alla predetta correlate. A tale fine è necessario provvedere alla organizzazione ed attuazione dei sistemi ispettivo, di qualità, di emovigilanza e di notifica eventi avversi.

Per quanto riguarda l'Italia il nuovo modello sanitario federalista lancia una grande sfida alle amministrazioni centrali e regionali, alle associazioni e federazioni dei donatori e ai professionisti delle società scientifiche, affinché, nel perseguimento dell'autosufficienza nazionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, sia realizzato il rispetto dell'uniformità nazionale dei livelli essenziali trasfusionali, sia nelle competenze produttive sia nelle funzioni cliniche ed assistenziali, rispettando il criterio su cui si basa il servizio trasfusionale italiano, che mantiene in un unico processo completo la donazione e la trasfusione.
L'impegno all'introduzione del sistema di gestione della qualità (accreditamento istituzionale e di eccellenza) rappresenta l'obiettivo generale, che dovrà essere raggiunto contemporaneamente ai paesi europei, dando efficacia agli obiettivi di sistema, misurabili essenzialmente attraverso un costante benchmark sanitario e gestionale, interno ad ogni regione ed aperto al confronto fra realtà regionali ed europee.
Pertanto, in questa ottica, gli obiettivi di sistema restano:

a) il raggiungimento e mantenimento della costante autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, e dunque il costante soddisfacimento della domanda trasfusionale, con ricorso al supporto interregionale per le sole condizioni di oggettiva e insuperabile carenza;
b) la realizzazione di sempre maggiori livelli di sicurezza trasfusionale sotto il profilo immunologico e infettivologico, all'interno di modelli organizzativi regionali con elevata capacità in termini di esperienza professionale e innovazione tecnologica;
c) l'applicazione diffusa dell'appropriatezza clinica in ambito trasfusionale con l'adozione di riscontrabili, specifici e condivisibili indicatori di output e di outcome; il potenziamento di pratiche alternative alla trasfusione allogenica;
d) lo sviluppo di tecnologie terapeutiche basate sui precursori ematopoietici, che si affianchino e permettano l'evoluzione dell'attuale metodologia trasfusionale;

Gli strumenti per realizzare gli obiettivi indicati sono pienamente rappresentati nella nuova normativa (legge 21 ottobre 2005, n.219) e si riassumono sia in atti di indirizzo e azioni di verifica da parte delle Regioni che devono adottare modelli organizzativi trasfusionali sempre più adeguati alla loro rete ospedaliera e sanitaria, sia nel ruolo di indirizzo affidato al Ministero della salute, che potrà avvalersi dell'istituendo Centro Nazionale Sangue, con la collaborazione delle Associazioni e Federazioni dei Donatori volontari per l'attuazione di campagne nazionali.

La rete dei trapianti

A questo riguardo è opportuno evidenziare che l' Italia della donazione e del trapianto di organi, tessuti e cellule è in crescita. Fino a 10 anni fa, l'Italia era il Paese europeo con il più basso numero di donazioni per milione di abitanti. Oggi la situazione è cambiata e constatiamo che l'Italia con oltre 21 donatori per milione di popolazione è il secondo tra i grandi paesi europei, dopo la Spagna. Accanto a questo dato fondamentale il nostro paese è ai vertici europei per il sistema organizzativo (la rete trapiantologica), per lo sviluppo del sistema informativo, per la rete della sicurezza e per la qualità delle prestazioni .

Nel settore degli organi, nonostante i risultati ottenuti, l'Italia non appare in grado di garantire il totale soddisfacimento delle richieste assistenziali, che si rivelano in costante aumento, così che i pazienti in attesa sono pari a 3 volte il numero dei trapianti effettuati in un anno.

Le cause principali di tale carenza possono essere indicate nei seguenti punti:

- molti potenziali donatori non vengono ancora sistematicamente identificati;
- il numero dei posti letto nelle rianimazioni è in molte regioni insufficiente rispetto alle necessità;
- il trasporto dei pazienti neurolesi verso le rianimazioni, dove potrebbero essere adeguatamente trattati, è inferiore alle necessità per inefficienze organizzative;
- il tempo di attesa medio per un rene è di 3 anni, per un cuore 2 anni, per un fegato quasi 2 anni.

Accanto a ciò, va sottolineato che i livelli di attività sono disomogenei tra le diverse Regioni, sia in termini di donazioni, sia in termini di trapianti. L'aumento di attività registrato negli ultimi anni, infatti, non ha ridotto le differenze esistenti tra il numero dei donatori e dei trapianti registrati al nord e quelli delle regioni meridionali, dove le carenze sopra indicate si manifestano in modo accentuato.

Per quanto attiene alla *rete dei trapianti* gli obiettivi sono individuati in tre ambiti tematici:

1. Trapianti di organo:
- ridurre il divario fra le Regioni in termini di attività di reperimento donatori;
- favorire la migliore utilizzazione degli organi disponibili;
- verificare la possibilità che, nei casi opportuni, vengano utilizzati organi anche da donatore vivente;
- rendere sempre più trasparenti e uniformi i criteri di ammissione del paziente al trapianto;
- proseguire la valutazione di qualità dell'attività di trapianto di organi compresa la sorveglianza sugli esiti;
- verificare il recepimento e l'applicazione delle linee guida a livello regionale;
- adeguare il Sistema Informativo Trapianti alla direttiva europea in termini di tracciabilità e gestione degli eventi avversi;
- sviluppare le iniziative italiane nel settore dei trapianti a livello europeo;
- sviluppare il sistema di accordi bilaterali con i paesi esteri;
- favorire lo sviluppo di attività di ricerca e sperimentazione connesse alle attività di trapianto;
- promuovere adeguate campagne di informazione rivolte ai cittadini, con il concorso delle Associazioni dei pazienti e dei volontari;
- promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- iniziare un'opera di prevenzione al fine di ridurre l'incidenza di patologie che conducono all'insufficienza d'organo e quindi alla domanda di trapianto.

2. Trapianti di tessuto
- predisporre un Piano nazionale per prelievo, conservazione, distribuzione e certificazione dei tessuti;
- promuovere l'applicazione della Direttiva europea e il conferimento ai centri regionali di riferimento delle funzioni loro attribuite;
- estendere ed implementare il sistema informativo per quanto riguarda l'attività di procurement, di banking, di trapianto e follow-up dei tessuti;
- promuovere lo sviluppo della donazione e del trapianto dei tessuti nelle regioni meridionali.

3. Trapianti di cellule
- prevedere che il flusso informativo dei dati relativi ai trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti;
- attivare le procedure di sportello unico per la richiesta di terapie con cellule staminali emopoietiche;

- estendere il modello di valutazione degli esiti dei trapianti di organi a quello del trapianto di cellule emopoietiche;
- realizzare il coordinamento nazionale delle attività delle strutture per la preparazione di prodotti cellulari a scopo terapeutico nell'uomo, "cell factories";
- partecipare alla stesure delle normative europee riguardanti i settori del trapianto e della terapia cellulare.

Per quanto concerne le linee operative è necessario:
- predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento, un supporto psicologico e di aiuto;
- realizzare la selezione dei riceventi il trapianto con algoritmi condivisi e procedure informatizzate, documentando ogni passaggio del processo decisionale;
- valutare e rendere pubblici i risultati delle attività di prelievo e trapianto di organi;
- supportare l'attivazione di procedure informatiche standardizzate soprattutto per la gestione delle liste di attesa;
- sorvegliare il rispetto delle Linee Guida per i trapianti da donatore vivente attivando in particolare l'organismo di parte terza ivi previsto per informare correttamente le parti in causa sui vantaggi e svantaggi delle procedure;
- monitorare l'attività delle singole Regioni circa i prelievi di tessuti umani e la loro utilizzazione, l'attivazione di banche dei tessuti regionali o interregionali, il loro accreditamento e la loro funzionalità;
- avviare il programma nazionale di trapianto di rene per i pazienti di difficile trapiantabilità;
- istituire l'archivio biologico nazionale per la sicurezza della rete trapiantologia;
- inserire anche i trapianti di cellule staminali emopoietiche tra i trapianti d'organo e da tessuti.

3.7. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

In questi anni è sempre più maturata la consapevolezza che occorre promuovere un nuovo modo di fare assistenza fondato sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, al raggiungimento di obiettivi comuni. Una modalità operativa in questa direzione è rappresentata dall'elaborazione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale che sappiano calare le linee guida scientifiche, validate e condivise, nel peculiare contesto organizzativo locale o regionale in cui i professionisti si trovano ad operare. L'attivazione di reti integrate, anche per l'età pediatrica, il cui coordinamento può essere attribuito, ferma restando l'autonomia regionale, al distretto, vede quindi il SSN formulare percorsi assistenziali complessi a diverso grado di protezione ed intensità di cura partendo da una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare del bisogno.
La rete è finalizzata all'integrazione tra la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, e facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, contenere i costi, permettere il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni procedendo alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi, e migliorando la *compliance* del paziente, educandolo e responsabilizzandolo, al tempo stesso, alla gestione della malattia. Uno strumento validissimo per l'integrazione della rete viene dallo sviluppo della telemedicina che, portata al domicilio, facilita la deospedalizzazione dei pazienti cronici e costituisce parte della rete socio-sanitaria.

Per raggiungere questi obiettivi vanno superate le difficoltà oggettive all'integrazione ed implementati i segmenti della rete non ancora perfettamente funzionanti. In particolare va

raccordato il sistema delle cure ospedaliere con quello delle cure primarie e va progettato un sistema integrato di coordinamento tra queste ultime ed il livello specialistico territoriale ed ospedaliero per la continuità delle cure sia dei pazienti cronici che di quelli post acuti. L'ospedale deve adottare procedure di raccordo con il Medico di medicina generale ed i servizi territoriali per l'attivazione delle risposte sanitarie corrispondenti ai bisogni del paziente dimesso, nel rispetto della continuità delle cure e della tempestività delle stesse. Va enfatizzato il ruolo del medico di medicina generale, componente fondamentale delle reti di assistenza, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare la funzione centrale del sistema.
La componente di residenzialità della rete deve essere limitata quanto più possibile ai casi con rilevante compromissione dell'autosufficienza, e, preso atto dell'ampia variabilità dei bisogni, le residenze dovrebbero prevedere nuclei con finalità specifiche: luoghi di sollievo per la persona disabile e la famiglia, nuclei per preminenti esigenze riabilitative o per problematiche cliniche temporanee, ecc. Infine occorre implementare i sistemi informativi esistenti per avere una conoscenza certa dei bisogni, dell'offerta, della qualità dei servizi e degli esiti.
La rete, di cui sono parte essenziale e qualificante gli specialisti ambulatoriali interni, sarà in grado di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente ed il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

I campi nei quali l'integrazione è particolarmente necessaria sono quelli delle patologie neoplastiche e delle patologie croniche, sia congenite che acquisite, quali ad es. le patologie respiratorie, osteoarticolari, neurologiche, gastrointestinali che si accompagnano spesso a disabilità, a progressiva diminuzione della funzionalità a carico degli apparati e conseguente perdita del grado di autonomia delle persone affette.

3.8. L' integrazione socio-sanitaria

L'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici non è di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali. Si tratta di un'area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.
Con il DPCM del 29 novembre 2001, che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, all'Allegato 1 C , sono elencate le prestazioni che fanno capo all'area di integrazione socio-sanitaria ed è precisato che l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.
In tale contesto assume rilevanza strategica la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.
Il momento di programmazione rappresenta, in un'area come quella dell'integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (S.S.R. e Comuni), il momento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità, in relazione alle basi conoscitive rappresentate dai bisogni presenti sul territorio, dal sistema di offerta e dalle risorse disponibili in capo a ciascun comparto.
Quale momento fondamentale facente capo ad un duplice sistema, il problema principale è costituito dalla necessità di realizzare concretamente una programmazione partecipata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.
Per un'ottimale organizzazione, gestione ed impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale, nella quale i diversi attori del sistema si confrontino, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse.
L'evoluzione della domanda di salute pone la necessità di intervenire in modo diverso in tema di salute, al fine di garantire e organizzare servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.
La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso nell'accezione ampia del termine che coinvolge ambedue le componenti interessate, si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati e di continuità delle cure, che garantiscono un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti ed un intervento a rete. La famiglia è uno dei nodi della rete, al pari degli altri ambiti considerati, poiché essa riveste il doppio ruolo di espressione di richiesta assistenziale e di risorsa con cui instaurare un'alleanza terapeutica forte, soprattutto per la cura delle patologie croniche. Tale approccio assistenziale richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo capace di cogliere le specificità delle situazioni, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone.
Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.
La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.
Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto problematico non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale.
Nel sistema dell'integrazione socio sanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini (D.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge n.328/00) Tuttavia l'esperienza maturata in alcune Regioni di accordi-quadro col sistema delle autonomie locali ha consentito, in tali realtà, un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati. Si richiama, a tal fine, la previsione degli Accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal d. lgs 267/00, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata. Obiettivo del triennio è quello di promuovere la generalizzazione di tali esperienze, in modo da rendere realmente integrabili a favore del cittadino sia i livelli essenziali delle prestazioni sociali e che quelli delle prestazioni sanitarie (LEA), almeno in riferimento alle aree prestazionali individuate dall'Allegato 1C del DPCM del 29 novembre 2001, finalizzando, a tale scopo, una parte delle risorse destinate agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale.
In questo contesto il PSN promuove lo sviluppo di 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, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

3.9. Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura

Il nostro Paese è impegnato da oltre dieci anni in numerose iniziative volte al contrasto del dolore all'interno dei percorsi assistenziali sanitari. La realizzazione del Programma Nazionale per le cure palliative e per la implementazione della relativa rete è stata la prima iniziativa finalizzata a migliorare l'offerta assistenziale per i malati affetti da malattie inguaribili, primariamente ma non esclusivamente riferita ai neoplastici, anche al fine di promuovere il contenimento della sofferenza globale caratteristica delle fasi finali della vita.

Successivamente, per superare le limitazioni della precedente legislazione sui farmaci analgesici oppiacei, al fine di agevolarne la prescrizione e l'utilizzo, sono stati emanati alcuni provvedimenti normativi (Legge n. 12 dell'8 gennaio 2001 e relativi decreti attuativi), che regolamentano e facilitano l'uso degli analgesici oppiacei anche nel settore dell'assistenza domiciliare. Le nuove norme sono valide oltre che per il trattamento del dolore secondario a neoplasia anche per la cura delle gravi forme di dolore secondario ad altre patologie. Con tali azioni si è voluto offrire agli operatori sanitari la possibilità di utilizzare questi farmaci con maggior facilità, consentendo la realizzazione di interventi sempre più efficaci nell'eliminare o ridurre il dolore. Nonostante ciò, l' Italia è tra gli ultimi Paesi europei per quanto riguarda il consumo di farmaci analgesici oppiacei. In tal senso va valutato quanto riportato nella Raccomandazione n. 34/2003 del Comitato dei Ministri del Consiglio dei Ministri Europei, in cui si afferma che i governi europei dovrebbero rivedere le normative in vigore in materia di accesso agli oppioidi per il trattamento del dolore in modo da renderne più agevole la prescrizione e la somministrazione.

Per migliorare l'organizzazione di processi assistenziali in funzione del controllo del dolore il 24 maggio 2001 lo Stato, le Regioni e le Province Autonome hanno stipulato l'accordo "Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore".
L'Accordo è ampio e articolato. Occorre, pertanto, operare per una sua piena attuazione, in particolar modo per l'elaborazione di specifici protocolli nei differenti tipi di dolore e per la sua puntuale rilevazione, recependo le Linee guida nazionali ed internazionali già disponibili. In questa direzione può essere seguito l'esempio di alcuni Paesi europei che hanno aggiunto l"Intensità del dolore" ai 4 classici parametri rilevati durante i ricoveri ospedalieri.
Infine, in sintonia con l'Accordo, va garantita la diffusione della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dall'Ospedale, in primis avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS.
La formazione degli operatori ospedalieri e territoriali va realizzata nell'ambito del programma di ECM.
La lotta al dolore deve essere potenziata anche nei settori nei quali, anche a causa di limiti culturali non ancora superati, esso è spesso misconosciuto e sotto trattato, come durante il travaglio e il parto per via naturale, in ambito post-operatorio, e in Pronto Soccorso.
A tale riguardo va ricordato che alcune Regioni hanno previsto specifiche modalità volte alla incentivazione della realizzazione del "parto indolore".
Va, inoltre, sensibilizzata la cittadinanza in tema di cura del dolore e del diritto al suo superamento. In tal senso, accanto alle iniziative di carattere sanitario, sono state già realizzati importanti eventi come la "Giornata Nazionale del Sollievo", indetta secondo la direttiva della Presidenza del Consiglio, con cadenza annuale; con l'obiettivo di sensibilizzare e promuovere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale, soprattutto per i malati inguaribili. In

uno studio presentato in occasione dell'ultima Giornata Nazionale, i dati rilevati confermano come il dolore nei pazienti ricoverati è spesso sottostimato e trattato in misura insufficiente.
Occorre pertanto moltiplicare l'impegno del Servizio Sanitario Nazionale nella lotta al dolore per il carattere etico ed umanitario che la connota e perché essa è indice di qualità dei Sistemi Sanitari.
Un passo in questa direzione è il completamento della definizione di Linee Guida Nazionali sul trattamento del dolore nel bambino e nell'adulto, mediante il Sistema Nazionale Linee Guida e l'integrazione con le iniziative europee ed internazionali, partecipando alle attività di network già operativi nella lotta contro il dolore.

Accanto alla lotta al dolore, vanno attivati, nei percorsi sanitari, gli interventi volti a promuovere l'umanizzazione delle cure, nella consapevolezza che il fulcro del Servizio Sanitario è rappresentato dalla persona malata, nella garanzia del rispetto della sua dignità, identità e autonomia. In primo luogo va migliorato il rapporto tra malato, medico e operatori sanitari, in termini di qualità della comunicazione, di livelli di comprensione e di trasmissione di empatia. Deve essere stimolata in tutto il personale sanitario, socio-sanitario, socio assistenziale e amministrativo la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto e alla comunicazione. E' importante che al paziente venga assicurato il necessario supporto psicologico, quando le sue condizioni cliniche lo richiedano, per la gravità della patologia o dell'evento occorso o per gli effetti che la stessa può comportare in diversi ambiti culturali o in particolari condizioni sociali.

3.10. La rete assistenziale per le cure palliative

Allo stato attuale occorre recuperare il ritardo accumulato nell'attuazione del Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, istituito con il D.M 28 settembre 1999. Attualmente sono attive solo 61 strutture tra pubbliche e private accreditate; 31 delle quali realizzate con gli stanziamenti statali, a fronte delle 201 strutture approvate per il completamento del Programma nazionale. Le strutture esistenti presentano un elevato standard qualitativo sia in termini della qualità strutturale sia per quel che attiene l'assistenza ergata, dimostrando la validità dei presupposti programmatori e stimolando il completamento della rete.

I programmi regionali, di attuazione del programma nazionale, integrano lo sviluppo dei centri residenziali di cure palliative-hospice nella rete assistenziale per le cure palliative definita con il citato decreto e promuovono in particolare l'intervento assistenziale al domicilio del paziente, al fine di consentire la continuità assistenziale.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido e non sempre programmabili, rende necessario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti. La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione. La rete deve offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, garantendo, ove necessario e richiesto, un adeguato intervento religioso e psicologico.
Particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, tenuto conto della considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a

quelli presentati nell'età adulta e anziana, della grande varietà e frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione e dell'intervallo temporale interessato a tali cure spesso assai lungo e non prevedibile. Per quanto sopra esposto si ritiene indispensabile l'organizzazione di reti di cure palliative dedicate a questa fascia di popolazione, che permettano di garantire la qualità e la specialità degli interventi richiesti unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico del bambino e della sua famiglia. Tali reti dovranno essere rispettose delle scelte delle famiglie dei soggetti coinvolti e supportate da specifiche dotazioni di risorse. La relativa rarità dei problemi da affrontare richiede lo sviluppo di reti con ampi bacini di utenza, che potranno di volta in volta essere garantiti dall'azione programmatoria delle singole Regioni o di volontarie aggregazioni di esse.

Inoltre, anche nella fase che segue la morte della persona malata, in base a numerose esperienze internazionali e nazionali, risulta sempre più evidente la necessità di offrire interventi di supporto al lutto dei familiari, qualora se ne ravvisi la necessità.

La rete di cure palliative deve essere flessibile ed articolabile sulla base delle scelte regionali, d'altro canto la diversa organizzazione regionale deve comunque garantire in tutto il Paese una risposta adeguata alle necessità dei malati e delle loro famiglie. Dovrà essere stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di volontariato, attive da anni nel settore delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare e negli hospice, nel rispetto di standard di autorizzazione/accreditamento precedentemente definiti a livello nazionale e regionale.
In attesa della realizzazione di un iter professionale specifico per le cure palliative, definito a livello universitario per ciascuna figura professionale, è comunque necessario che la formazione degli operatori venga realizzata in base a programmi propedeutici e continui il più possibilmente omogenei a livello nazionale e regionale.

4. STRATEGIE DEL SISTEMA

4.1. Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo

Nel triennio 2006-2008 occorre perseguire il rilancio della ricerca per la salute. Come indicato nelle premesse e negli obiettivi del presente Piano, la filiera che lega nel sistema per la salute la ricerca, il trasferimento, i processi di innovazione e lo sviluppo delle conoscenze operative, è un fattore in grado non solo di garantire l'adeguamento costante e tempestivo del nostro sistema sanitario alle innovazioni in campo scientifico e tecnologico, ma anche in grado favorire lo sviluppo complessivo del sistema Paese quale leva maggiore sia nell'ambito dello specifico settore sia nell'ambito dei settori correlati e dell'indotto. Il rilancio della ricerca sanitaria è un obiettivo primario del Paese che deve essere conseguito con una stretta integrazione tra diverse tipologie di ricerca, ed in particolare tra ricerca biomedica e ricerca sui servizi sanitari. Esso si realizza, per dare risposta all'esigenza di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale attraverso programmi di ricerca, sviluppo, trasferimento, adozione, attuazione e manutenzione, corrispondenti alla strutturazione di filiere sul modello di quelle realizzate nell'ambito dei sistemi per la salute dalle esperienze europee più avanzate oggi ricomprese nel modello di Programma Quadro dell'Unione Europea sotto il nome di 'piattaforme tecnologiche'. Questo comporta una complessiva rivisitazione del meccanismo attraverso il quale si determinano le priorità e si identifica il fabbisogno per il sostegno alla filiera. Si indicano in particolare i seguenti elementi principali:

1. il finanziamento della ricerca deve essere indirizzato in base ad una schedulazione pluriennale che deve essere congruente con le linee strategiche e i processi attivi a livello europeo ed internazionale, favorendo lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra gli attori del Servizio Sanitario, i Centri di ricerca, le Imprese e gli stakeholders territoriali. Il ruolo di coordinamento deve essere condotto, nel rispetto delle competenze istituzionali, presso il Ministero della Salute, dalla Commissione nazionale della ricerca. Ciò anche per il ruolo che Ministero della salute svolge quale attore di raccordo tra gli enti statali, regionali e territoriali;
2. la selezione dei progetti finanziabili deve essere raccordata alla pianificazione nazionale in materia di infrastrutture tecnologiche e informative, evitando le duplicazioni di investimento, le sovrapposizioni o il finanziamento di progetti manifestamente estranei ai processi di standardizzazione e omogeneo dispiegamento operativo;
3. deve essere prevista l'integrazione delle attività degli IRCCS, delle Aziende sanitarie, con particolare riferimento alle aziende Ospedaliero-Universitarie, con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse di conoscenza, tecnico-operative, di skills professionali e finanziarie, ad accedere a processi di finanziamento europei ed internazionali sia sul piano della ricerca di base che su quello della ricerca finalizzata, precompetitiva e del trasferimento di impresa;
4. va sviluppata nelle regioni e all'interno delle aziende sanitarie, la capacità di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSN, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza, che comporti la capacità di valutare e tempestivamente adottare le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimarne l'impatto economico e, soprattutto, analizzarne il possibile impatto sull'organizzazione e le possibili ricadute sulla programmazione locale e regionale dei servizi;

5. deve essere incentivata la relazione fra il sistema per la salute e il sistema industriale e commerciale, con particolare riferimento alle industrie chimico-farmaceutiche, biomedicali e delle tecnologie dell'informazione e comunicazione, favorendo lo sviluppo di sinergie controllate nel settore della ricerca e della formazione che, pur assicurando priorità e vincoli del sistema pubblico per la salute, consentano il dispiegamento di programmi di ricerca cofinanziati su tematiche di reciproco interesse ed impegno;
6. è necessario studiare e proporre innovativi strumenti di potenziamento e gestione del sistema della ricerca in relazione al complesso delle attività, allo sviluppo di singoli progetti, alla realizzazione di attività di filiera, favorendo lo sviluppo di sistemi di supporto alla progettazione, alla negoziazione e all'accounting dei progetti a livello nazionale ed internazionale anche attraverso l'individuazione di specifiche partnership professionali e la valorizzazione dei circuiti informativi e di conoscenza. Tutto ciò prevede il coinvolgimento di tutti gli attori del SSN utilizzando gli appositi luoghi istituzionali di coordinamento, al fine di evitare la frammentazione delle proposte e dei risultati.

E' ormai matura la consapevolezza che la sfida sulla salute si possa vincere soltanto attraverso una ricerca caratterizzata da una visione unitaria, comuni obiettivi e dunque costante interscambio, facendo convergere con pari dignità discipline diverse, da quelle mediche e infermieristiche, a quelle economiche, ingegneristiche, epidemiologiche, statistiche e informatiche.
Gli strumenti di tale politica andranno poi concretizzati in via prioritaria nel procedere alla costruzione di alcuni modelli sperimentali patologici che abbiano una correlazione con le più importanti malattie comuni e rare, associando le conoscenze cliniche a quelle gestionali-organizzative.

La promozione della ricerca sanitaria
Il rilancio della ricerca è obiettivo primario del presente Piano: si tratta di coordinare e valorizzare iniziative e professionalità già presenti nel SSN in una visione unitaria che consenta di impostare una vera e propria politica di Ricerca e Sviluppo con il coinvolgimento del Ministero della Salute, del Ministero della Ricerca, del Ministero dell'Innovazione, del Ministero dell'Economia e Finanze, dei Centri di ricerca nazionali e regionali Il Programma di Ricerca Sanitaria (PRS) (ex art.12 bis, comma 3, Dlgs n.229/1999, tenendo conto degli obiettivi individuati nel Piano sanitario nazionale, dovrà definire su base triennale le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate, prevedendo anche le necessarie modalità di coordinamento con il programma Nazionale per la Ricerca 2005/2007 e assicurando le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extraeuropea.
Nel triennio di competenza 2003-2005, sono stati raggiunti notevoli risultati nella promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, Istituti di Ricerca, Istituti di Cura, Associazioni scientifiche, Associazioni di malati e Associazioni attive nel campo del volontariato, con un'indubbia positiva ricaduta sul SSN.
Per quanto attiene alla Ricerca Europea, si evidenzia che è stata implementata la partecipazione degli istituti pubblici e privati ai progetti di ricerca del VI° Programma Quadro dell'Unione Europea ma che la partecipazione diretta del sistema Paese al piano dei finanziamenti europei in materia di ricerca è ancora estremamente ridotto e, sotto il profilo della visibilità, marginale, anche a causa di interventi non coordinati di tutti gli enti con conseguente azione presso l'Unione Europea frammentaria e contraddittoria.

L'impegno del presente Piano è quindi quello di sviluppare ogni possibile azione di sostegno per la selezione dei progetti candidabili al finanziamento europeo anche attraverso la

predisposizione di apposite strutture di supporto alla progettazione, alla negoziazione e all'accounting dei progetti identificati a livello delle adeguate sedi istituzionali anche al fine di renderle immediatamente disponibili e condivise a tutti gli attori del SSN.
Per favorire la cooperazione delle imprese pubbliche e private nella ricerca, è stata attivata la politica dei cofinanziamenti, al fine di aumentare la massa critica finanziaria disponibile, in un momento di particolare carenza di fondi. Un maggiore impiego di cofinanziamenti nel campo della ricerca sanitaria appare auspicabile e deve rappresentare un impegno che può essere raggiunto attraverso nuove forme di collaborazione con il settore privato.
Per facilitare lo sviluppo della ricerca sono state inoltre elaborati ed approvati progetti per studiare le modalità di attuazione di condizioni favorevoli alla mobilità dei ricercatori, alla collaborazione fra istituzioni pubbliche e private nonché l'attivazione di strumenti capaci di attirare ricercatori provenienti dall'estero. In tal senso sono stati raggiunti accordi di programma con gli U.S.A. e con la Cina, nell'ambito di tematiche di interesse comune. Un ruolo molto importante nell'ambito della ricerca è svolto dall'Istituto Superiore di Sanità che coniuga la ricerca clinica con l'attività di valutazione e controllo sanitario tesa alla prevenzione e alla protezione della salute pubblica, per la quale si coordina con lo Stato, l'Unione europea, le Regioni, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.
L' Agenzia dei servizi sanitari regionali con le Regioni e Province Autonome porta avanti programmi di ricerca su problematiche organizzativo-gestionali ed il successivo trasferimento di conoscenza e "best-practice" tra i diversi soggetti coinvolti.

A livello centrale il Ministero della Salute svolge istituzionalmente una funzione di sintesi tra i diversi interlocutori per la validazione della ricerca sanitaria e una funzione di coordinamento a livello nazionale, europeo ed extraeuropeo.
Attualmente, all'interno dello stesso Ministero, coesistono varie linee di ricerca, per le quali sarebbe opportuno promuovere un miglior coordinamento, in modo da finalizzare le risorse verso obiettivi concordati. Questa sinergia programmatica, che deriva dal concorso di tutte le istituzioni di ricerca afferenti al Ministero della Salute con l'intera comunità scientifica, dal punto di vista operativo si deve tradurre in ulteriori azioni di sviluppo nell'ambito del PSN 2006/2008.
Per quanto riguarda la Ricerca Veterinaria, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) operano come strumenti tecnico-scientifici dello Stato, delle Regioni e delle Province autonome e svolgono attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e di salubrità dei prodotti di origine animale, su input dello Stato e delle Regioni, fornendo consulenza e supporto tecnico- scientifico per le attività di pianificazione. Sono inoltre un punto di riferimento per le Istituzioni Comunitarie e per Organismi Internazionali quali l'O.I.E. (Ufficio Internazionale dell'Epizoozie), l'OMS.
In questo campo gli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005 riguardavano le ricerche sulle zoonosi, sulle TSE e su altre malattie a carattere diffusivo per la popolazione animale. L'attuale programmazione conferma tali priorità con un orientamento verso la comprensione e soluzione di problematiche sanitarie attuali ed urgenti, le emergenze infettive, infatti, continuano a costituire un rischio rilevante per la sanità animale e per la salute pubblica ed un notevole costo per il Servizio Sanitario Nazionale, e ciò in particolar modo per le malattie altamente diffusibili, in aree soprattutto ad elevata densità animale.
Gli obiettivi generali della ricerca per la sanità pubblica veterinaria sono i seguenti:

- lo sviluppo di strumenti epidemiologici per l'identificazione di aree a particolare rischio di insorgenza di emergenze sanitarie;
- l'elaborazione di modelli di sorveglianza basati sull'impiego di sistemi informativi georeferenziati (GIS) e sull'analisi di dati spaziali per lo studio dei fattori col convolgimento delle diverse figure professionali interessate;

- lo sviluppo di strumenti diagnostici innovativi, comparabili e sostenibili per l'individuazione di patogeni lungo la filiera produttiva e per un'applicazione in piani di sorveglianza su base nazionale;
- la validazione e l'introduzione di sistemi e metodologie di trattamento atte ad elevare il grado di sicurezza dei prodotti alimentari d'origine animale;
- lo sviluppo di metodologie innovative per la ricerca di residui, contaminanti ambientali, additivi e organismi geneticamente modificati negli alimenti di origine animale e negli alimenti ad uso zootecnico.

L'ammodernamento strutturale e tecnologico e l'Health technology assessment

Le politiche pubbliche di investimento del Servizio sanitario nazionale, finanziate con il programma straordinario di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, hanno avuto ed hanno il compito di traghettare il patrimonio strutturale e tecnologico del SSN attualizzandolo rispetto ai nuovi principi di assistenza pubblica: riqualificazione dell'offerta attraverso la definizione di una rete differenziata di strutture, dall'alta specialità all'ospedale di comunità, assistenza sul territorio, potenziamento del parco tecnologico.

L'attuazione delle politiche del programma straordinario degli investimenti previsti dall'art. 20 della legge n. 67 del 1988 è volta, quindi, a garantire l'adeguamento delle strutture edilizie e delle tecnologie impiegate nel Sistema Sanitario Nazionale alla nuova visione della Salute.

La politica degli investimenti va considerata quale parte integrante delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, tenuto conto che la definizione dei livelli essenziali di assistenza si configura quale modello prestazionale obbligatorio e che le attività sanitarie e socio sanitarie devono essere esercitate in strutture idonee, con caratteristiche edilizie e tecnologiche minime che, allo stato, risultano quelle fissate dal D.P.R. 14 gennaio 1997.

Il programma di investimenti, infatti, contribuisce al processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, finanziando interventi volti al miglioramento dell'offerta dei servizi, e quindi della dotazione strutturale e tecnologica, ricompresi in una programmazione sanitaria regionale.

Dai dati delle più recenti rilevazioni sul patrimonio tecnologico del SSN, risulta che molte delle apparecchiature censite sono mal distribuite, e a volte sottoutilizzate rispetto alle loro potenzialità intrinseche, sul territorio nazionale e presentano un'obsolescenza a rischio. Va rilevato che in questo settore ad alta tecnologia l'impegno di spesa si traduce sistematicamente in un risparmio notevole sui costi complessivi del settore sanitario, dal momento che diagnosi accurate e precoci consentono quasi sempre di ridurre in maniera rilevante i costi sanitari (e anche i costi sociali) della maggior parte delle patologie.

Anche in questo settore vanno rispettati gli impegni assunti congiuntamente dallo Stato e dalle Regioni assunto il 23 marzo 2005, in cui è previsto di destinare almeno una quota pari al 15% del finanziamento per l'ammodernamento tecnologico.

In tema di ammodernamento tecnologico, un discorso a parte merita lo sviluppo dei sistemi informativi. Il primo punto che è opportuno sottolineare è che i sistemi informativi delle aziende sanitarie assolvono a una duplice funzione:

1. supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità;
2. registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi.

E' necessario che entrambi gli obiettivi siano essere tenuti in opportuna considerazione in sede di selezione o implementazione dei sistemi informativi e che lo sviluppo dei sistemi informativi del livello aziendale del SSN, soprattutto laddove finanziato o co-finanziato dalle amministrazioni centrali, sia opportunamente indirizzato per consentire il contemporaneo raggiungimento sia degli obiettivi di supporto ai processi sia per gli obiettivi di valutazione.

L'inserimento dei sistemi informativi nelle organizzazioni sanitarie deve essere accompagnato da un parallela riflessione sulle modalità di funzionamento dei processi, in particolare in quei contesti (primo fra tutti il territorio e l'erogazione di servizi ai pazienti affetti da cronicità) in cui l'assenza di unitarietà nel "luogo" in cui il processo si realizza e la sostanziale assenza di modelli organizzativi già pienamente consolidati e integrati (ad es. tra sanitario e sociale) rendono arduo pensare allo sviluppo di soluzioni informatiche indipendenti dall'organizzazione in cui debbono essere calati.
Anche in questo caso si può portare un esempio, che è quello della telemedicina.
In generale è quindi esigenza ormai inderogabile, quella di orientare tutti gli attori interessati, ad un'azione congiunta su sistemi informativi e reingegnerizzazione dei processi. In questo contesto appare opportuno che si apra uno specifico campo di collaborazione tra Ministero della Salute e Regioni che, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole Regioni stesse, consenta però di mettere in condivisione le singole esperienze sui diversi modelli organizzativi adottati, e di identificare le best practices esistenti. Tali best practices, possono essere condivise tra le Regioni (che rimangono comunque libere riguardo alla loro adozione) e possono fornire elementi di guida per le diverse iniziative, in particolare quelle per cui sono disponibili finanziamenti nazionali, volte a supportare lo sviluppo dei sistemi informativi.
La valutazione delle tecnologie sanitarie - *Health technology assessment* – (HTA) ha l'obiettivo di informare coloro che devono prendere le decisioni sulla scelta di tecnologie, usando le migliori evidenze scientifiche sull'impatto e le implicazioni mediche, sociali, economiche ed etiche degli investimenti in sanità. Tali metodologie sono indispensabili nella valutazione delle alte tecnologie, per gli alti costi e la difficile gestione connessi, al fine di consentirne una distribuzione razionale sul territorio, per evitare inutili sprechi (doppioni) o gravi carenze.
E' ormai largamente diffusa anche in molti Paesi europei la consapevolezza che occorre effettuare la valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie rispetto ai principali elementi che ne connotano l'utilizzo, e cioè la tecnologia stessa, i pazienti, l'organizzazione e l'impatto economico ed è necessario che anche in Italia si riconosca che l'HTA è una priorità, ed è necessario sviluppare la promozione dell'uso degli strumenti di HTA, mettendo in comune le conoscenze sul tema, già in parte presenti in alcune realtà regionali ed aziendali.

La valutazione delle tecnologie sanitarie, intesa come insieme di metodi e strumenti per supportare le decisioni, si rivolge ai diversi livelli decisionali secondo modelli operativi differenziati, rivolti a fornire supporto a:

1. decisioni di politica sanitaria (adozione, diffusione e finanziamento di nuove tecnologie),
2. decisioni "manageriali" di investimento in nuove tecnologie a livello aziendale e per la promozione di un utilizzo appropriato delle tecnologie medesime tramite l'elaborazione di protocolli;
3. decisioni cliniche, per la diffusione di "modelli di governo (governance)" individuati da strutture centrali, e da adottare a livello organizzativo, quali la definizione e diffusione degli standard qualitativi e quantitativi.

L'obiettivo principale da perseguire è la creazione di una rete nazionale articolata a livello regionale ed aziendale, per consentire lo scambio effettivo di informazioni che possa fungere da supporto per le scelte di politica sanitaria, in relazione alla necessità di avere a disposizione informazioni attendibili, tempestive, trasparenti e trasferibili sulle tecnologie sanitarie.
Le attività di HTA devono essere in stretto legame con le azioni in corso a livello europeo, per consentire un effettivo scambio di esperienze tra i paesi europei, nel contesto del Gruppo di alto livello sulle cure sanitarie.
A tale scopo potrebbero essere utilizzati finanziamenti della ricerca finalizzata ex art. 12 dedicati a:

- sviluppo della ricerca "primaria" originale;
- revisioni sistematiche e metaanalisi di studi già disponibili;
- sostegno allo sviluppo di piattaforme tecnologiche ed informative per il supporto agli studi clinici, valutativi ed economici dell'impatto delle innovazioni sulle condizioni di salute e sui costi, quali ad esempio registri delle patologie e/o delle tecnologie, su base regionale o interregionale;
- sviluppo della funzione di coordinamento (clearinghouse) delle attività di valutazione condotte a livello regionale (o interregionale) da parte degli organi tecnici centrali del SSN, quali l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

4.2. Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale

Obiettivo del piano è favorire le varie forme di partecipazione del cittadino, in particolare attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari.
La partecipazione è intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente alle scelte terapeutiche e assistenziali che lo riguardano, sia come partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile e, in primo luogo, delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie alla determinazione delle politiche assistenziali, sia, infine, come valorizzazione del ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi socio sanitari con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Il SSN deve garantire la partecipazione dei cittadini quale vero e proprio strumento di pratica democratica esercitata dalla comunità che finanzia un servizio destinato a soddisfare i suoi stessi bisogni di tutela della salute. In tal senso si esprimono i documenti dell'OMS e i numerosi documenti elaborati a livello europeo.
Va pertanto previsto un ruolo attivo delle organizzazioni dei cittadini con riferimento agli organismi di tutela dei diritti, a quelli del terzo settore ed alle associazioni di categoria, di soggetti che si rivolgono al SSN, in modo da valorizzare esperienze, conoscenze e punti di vista destinate ad arricchire il processo decisionale, operativo e valutativo, anche tenuto conto del programma di azione della UE nel campo della salute e della tutela dei consumatori.

La partecipazione nelle attività di programmazione e di valutazione
Vanno previste forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, al controllo ed alla valutazione dei servizi socio-sanitari sia a livello regionale che aziendale, che distrettuale. In tale ottica va valorizzato il ruolo degli organismi di partecipazione a partire dal Comitato Misto Consultivo.

Per quanto riguarda la Carta dei Servizi, i contenuti in essa riportati, devono costituire un preciso impegno per l'Azienda Sanitaria nei confronti dei cittadini e fornire informazioni certe circa l'erogazione quali-quantitativa dei servizi destinati a questi ultimi. E' auspicabile che, per la redazione del suddetto documento a cura delle Aziende Sanitarie, le Regioni prevedano modalità compilative omogenee.

Si dovranno favorire forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori del SSN, diffondendo metodiche partecipate di raccolta di informazioni, che dovranno costituire, una volta effettuata la valutazione partecipata, la base per realizzare percorsi ed interventi di miglioramento.

Anche la Conferenza dei Servizi deve effettivamente costituire momento di confronto tra Azienda Sanitaria ed Organizzazioni dei Cittadini, garantendo a queste ultime adeguato spazio per poter esprimere valutazioni sull'andamento dei servizi e proposte per il loro miglioramento; anche per tale adempimento è auspicabile l'individuazione, da parte delle Regioni, di modalità omogenee per l'organizzazione, la pubblicizzazione e lo svolgimento della Conferenza dei Servizi.

Dal consenso informato all'empowerment

Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute. Perché questo si realizzi occorre promuoverne la partecipazione attiva nei processi sanitari che lo coinvolgono. Questa azione è richiamata anche nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come in numerosi documenti elaborati a livello Europeo e, in primo luogo, nella Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina, recepita in Italia con Legge 145/2001.

E' necessario pertanto implementare i processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed operatore, finalizzati a migliorare il consenso informato, e tra cittadino ed istituzioni sanitarie (ad es. promuovendo l'ulteriore sviluppo della Carta dei Servizi, con la quale vengono esplicitati il livello di qualità garantito nei servizi erogati e gli impegni assunti). E' inoltre necessario orientare i servizi offerti sui reali bisogni del cittadino/utente, fornire al cittadino gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione/servizio affinché sia messo nelle condizioni di esprimere le proprie volontà sul processo di cura che lo riguarda e, successivamente, di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi erogati. E' dunque opportuno sperimentare strumenti e modalità di partecipazione dei cittadini sugli indirizzi di politica sanitaria.

Le azioni di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini devono essere finalizzate a rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del proprio diritto a scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità. Più in generale i cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione della stessa e in grado di collaborare con le strutture responsabili dello sviluppo della qualità dei servizi per la salute.

Lo scopo del coinvolgimento è erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse. Ciò è favorito dal processo di empowerment del paziente ed in modo diverso dei suoi familiari.

I pazienti sono infatti resi "empowered" quando hanno la conoscenza, le abilità, le attitudini e la consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita. Per conseguire tale risultato, i servizi debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzare, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento.

L'empowerment subisce, tra l'altro, influenze legate alle caratteristiche demografiche, socio-culturali, economiche e relazionali dei pazienti: è dunque sempre importante considerare tali aspetti e, in particolar modo, laddove ai servizi afferiscono persone provenienti da diverse aree geografiche e/o appartenenti a diverse etnie o culture.

Dunque un elemento essenziale per sviluppare l'empowerment del paziente è proprio il farlo partecipe del processo decisionale. E' infatti universalmente riconosciuto che quando l'utente partecipa al processo decisionale, anche la sua soddisfazione è maggiore ed i risultati clinici migliorano poiché accetta le decisioni prese e si attiene al trattamento deciso. Inoltre, il