

## SCHEMA di PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013: prime osservazioni della Confedir-Mit

### PARERE della CONFEDIR-MIT sullo SCHEMA DI PSN (Piano Sanitario Nazionale) 2011-2013

#### Premessa

Alla luce del D.Lgs 502/92 (Art. 1 c. 5) e s.m. e su precisa richiesta del Ministro Fazio, si trasmette il parere della Confedir-Mit in merito allo SCHEMA di PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013, approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri in data 21/01/2011.

#### Il documento

Il documento inviato dal Ministro Fazio alle parti sociali è costituito da tre parti:

- 1) Relazione sullo schema del PSN 2011-2013 (4 facciate);
- 2) Schema propriamente detto (94 facciate)
- 3) Allegati (24 facciate)

La Relazione riassume il percorso che ha portato alla stesura del PSN: schema iniziale ministeriale; gruppo misto tra Ministero e Regioni; Commissione Salute; parere favorevole della Conferenza delle Regioni e Province Autonome (18/11/10).

Secondo la relazione, lo schema di PSN individua:

- 1) come scelta strategica il RILANCIO della PREVENZIONE, da effettuarsi con politiche intersettoriali (concertazioni, finanziamenti convergenti, ruolo del territorio);
- 2) come obiettivo la concretezza delle azioni per RISTRUTTURARE le RETI ASSISTENZIALI, rimodulando l'offerta (rafforzamento del territorio, cure primarie in rete, visione olistica);
- 3) come obiettivo, il MIGLIORAMENTO della QUALITA' e dell'APPROPRIATEZZA (procedure, farmaci, dispositivi, ICT);
- 4) come obiettivo, l'EFFETTIVA EROGAZIONE dei LEA (monitoraggio, valutazione, tempi di attesa, governo clinico);
- 5) definisce alcune priorità assistenziali (percorso nascita, tutela età senile...).

Lo schema di PSN parte da un'analisi del SSN rispetto al contesto europeo, prendendo in esame:

- le sfide sanitarie europee
- le sfide sanitarie del SSN
- la governance del SSN
- i punti di forza e le criticità del SSN
- le risorse umane

Individua poi le azioni da realizzare per lo sviluppo del sistema:

- prevenzione
- controllo dell'ambiente/alimenti
- centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
- riorganizzazione dei laboratori, della diagnostica, delle reti ospedaliere, della riabilitazione
- nuove tecnologie sanitarie
- ammodernamento strutturale

Il PSN, inoltre, evidenzia la necessità di monitorizzare:

- i LEA
- la ICT
- l'appropriatezza

Infine, i 2 allegati riguardano: a) i mutamenti demografici ed epidemiologici e b) 11 patologie rilevanti (cardio-cerebrovascolari; oncologiche; respiratorie croniche; obesità; diabete; psichiatriche; dipendenze; malattie infettive; malattie rare; dolore; cure palliative; pazienti ad alto grado di tutela).

Presupposti e principi certamente validi, ma – a nostro parere – declinati in modo incompleto e (purtroppo) senza il classico approccio scientifico: risultati del PSN precedente (2006-2008, vista l'assenza di quello 2009-2011) in termini di quantità, qualità e di rapporto tra costi e finanziamento; criticità del sistema; obiettivi triennali e relativi finanziamenti (priorità strategiche ed economiche); modifiche strutturali del sistema; rivalutazione; ulteriori adeguamenti.

Nei fatti, invece, lo schema di PSN non contiene l'insieme degli elementi sopra ricordati, perché:

- a) non valuta in modo analitico la situazione attuale;
- b) non tiene conto degli aspetti finanziari del sistema (cronico squilibrio tra dotazione annuale – FSN – e spesa);
- c) non utilizza i dati recenti relativi alla struttura del sistema (es.: quelli dell'OSSERVASALUTE 2010) ma dati precedenti (2007-2008) sia nel testo che nei 2 allegati;
- d) non temporizza (all'interno dell'arco triennale) le fasi relative al miglioramento delle "11 patologie rilevanti";
- e) non declina in modo analitico il ruolo centrale delle Regioni nella gestione della sanità (es.: Intesa Stato-Regioni del 3/12/09; federalismo sanitario...).

Intendiamoci: non si contesta qui lo "sviluppo" del tema: premessa, contesto, azioni, monitoraggio, valutazione, allegati. No, ci si chiede perché non si sia cercato, almeno questa volta, di utilizzare i dati disponibili (attività, costi, finanziamenti) per dare avvio ad azioni concrete (misurabili quali-quantitativamente) realizzabili e finanziabili nell'arco di un triennio.

Purtroppo, ancora una volta, ciò non è stato fatto.

Lo schema di PSN, pur redatto da esperti in modo chiaro e spesso condivisibile, pecca perciò di concretezza, risultando un ennesimo "LIBRO dei SOGNI". Senza offesa per nessuno.

Noi crediamo che, nel triennio in questione, l'obiettivo principe del PSN non possa essere quello (pag. 1) di "promuovere il benessere e la salute dei cittadini e delle comunità", quanto quello di mantenere/migliorare gli standard attuali, compatibilmente con le risorse (umane ed economiche) disponibili e con gli effetti del federalismo sanitario.

L'Europa non va solo citata ma andrebbe stimolata a risolvere le ben note criticità sanitarie: la mobilità dei pazienti e dei professionisti; la mancata equiparazione dei titoli di studio; l'assenza di una carta sanitaria europea; le patologie dei migranti...Su questi temi europei, l'Italia è stata – e rischia di restare – largamente assente.

Le sfide assistenziali del SSN sono note e condivisibili.

La domanda di salute è cambiata, negli ultimi 20 anni, ma poco è stato fatto sul piano organizzativo. Da decenni si discute sul ruolo fondamentale del territorio e sulla centralità del territorio nella gestione del paziente cronico.

Da decenni si tolgono risorse al settore ospedaliero, senza che esista – in tutta Italia – un modello uniforme di assistenza territoriale. Le conseguenze sono evidenti: l'assalto al Pronto Soccorso (per ottenere quelle risposte che il territorio non dà) e l'allungamento delle liste di attesa (L.A.).

Per Noi, se la vera lotta per la sostenibilità del sistema sarà sulla capacità di prevenire e di gestire le cronicità e le disabilità, gli interventi non potranno essere solo sanitari o socio sanitari (a sostegno delle famiglie) ma dovranno passare attraverso lo sviluppo di reti (istituzionali e non) di tutela degli anziani soli, disabili o non.

“È corretto riqualificare l’ospedale come luogo di cura delle patologie acute più complesse ma – in assenza di un adeguato sviluppo dell’assistenza primaria – l’ospedale risponderà sempre di più in modo meno coerente, meno sicuro e meno efficiente alla domanda di prestazioni ed ai bisogni espressi dai cittadini, continuando a mantenere una pluralità di funzioni e di compiti (anche di minore complessità) non direttamente correlati alla fasi di acuzie della patologia (W. Ricciardi, 2011)”.

Ci chiediamo, quindi, se non sarebbe più concretamente utile che il PSN (prendendo atto delle pluridecennali criticità territoriali e della lentezza dei cambiamenti a livello territoriale) proponesse un NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE TERRITORIALE, da realizzare concretamente ed universalmente nell’arco di 3-6 anni.

Il territorio non può essere affidato al “volontariato” dei pur bravissimi 46.510 MMG (medici di medicina generale) e dei 7.649 PLS (pediatri di libera scelta; dati 2008).

Il territorio va articolato sulla base di un unico modello, con modeste varianti regionali, all’interno del quale siano chiari i ruoli, le funzioni ed i costi. Ovvero le interazioni tra sanitari territoriali, i LEA da garantire, la spesa conseguente, le relazioni con l’emergenza e con l’ospedale.

Concretamente si ritiene oggi che i MMG possano realmente farsi carico di tutte le CRONICITA’ e di tutte le COMORBITA’ esistenti nel territorio e che le 13.888 strutture territoriali (Annuario 2008) possano bastare per coprire le necessità assistenziali di una popolazione più vecchia, più malata, più povera?

Qual è la morbilità (e la comorbità) dei 12 milioni di italiani “over 65”?

Siamo proprio sicuri che, per tutti costoro, tutte le “banali” patologie chirurgiche possano essere affrontate con la Day Surgery, anche in assenza di supporti familiari?

Siamo proprio sicuri che i 255.000 posti letto ospedalieri (-4200 in un anno: 2007-2008) saranno sufficienti a coprire le necessità acute dei 173.000 neoplastici terminali per anno; dei 200.000 ictus/anno; dei 250.000 nuovi neoplastici per anno; degli 800.000 nuovi eventi coronarici/anno; degli obesi e dei diabetici complicati?

E, se anche lo fossero, potranno poi questi malati (malati, non numeri!) essere trattati in modo corretto sul territorio?

Già, la GARANZIA dei DIRITTI (pag. 6 del PSN) dei singoli, le scelte strategiche e la sostenibilità economica (pagg. 8-10)...

E che ne è dei decreti attuativi della Legge 42/2009, che avrebbero dovuto essere emanati entro il maggio 2011?

Si tratta di “piccolezze”: costi standard; outcomes omogenei; vincolo tra PSN e PIL; LEA, costi del volontariato...

## GOVERNANCE del SSN

Il PSN nulla dice delle criticità legate alle gravi pecche strutturali del SSN (D.Lgs 502/92 e s.m.), evidenziate dalla pesante invasione della politica nella gestione del SSN ed ampliate dalla mancanza di norme che consentano un reale controllo, ad opera di “esperti terzi”, di tutte le spese di una data ASL.

Il PSN trascura totalmente il ruolo del personale medico e sanitario all’interno del “progetto salute”: si tratta di un errore drammatico (pagg. 14-20), attutito solo (pagg. 18-19) dalle considerazioni relative al crollo numerico del personale medico dipendente (-17.000 medici entro il 2015; - 60.000 medici entro il 2028).

La strategia del Ministero della Salute e delle Regioni non potrà essere solo quella di una “richiesta di ampliamento dell’offerta formativa” (pag. 18) ma quella di una normativa che obblighi l’università a tener conto delle “esigenze sanitarie”, a 5-10-15-20 anni.

Quali professionisti; quanti professionisti; in quali settori: questo va definito.

Analoghe considerazioni andrebbero fatte in tema di DINAMICHE di GRUPPO, nelle diverse U.O. (unità operative) sanitarie, ospedaliere e territoriali.

#### PREVENZIONE (pagg. 21-41)

È vero, va rilanciata, a tutto campo. Partendo dagli stili di vita che vanno insegnati a scuola e che debbono dar adito a penalizzazioni (economiche) se macroscopicamente disattesi: obesità – alcool – fumo...vanno colpevolizzati.

#### CURE PRIMARIE ed INTEGRAZIONE H-T (pagg. 34-41)

È un capitolo cruciale, come esplicitato in precedenza. Ottima la teoria; insufficiente la prassi, problematiche le soluzioni proposte.

Sono o non sono sufficienti 975.000 ore settimanali lavorative dei medici territoriali (MMG + PLS) per coprire le esigenze assistenziali di 60 milioni di italiani, nell'arco delle 72 ore settimanali diurne (8-20, dal lunedì al sabato)?

È o non è accettabile (2011-2013) un modello assistenziale territoriale carente nelle 72 ore notturne (20-8, dal lunedì al sabato) e nei fine-settimana?

“Centralità delle cure primarie” (pag. 34): slogan o realtà?

“Continuità assistenziale” (pag. 34): quale è il modello concretamente proposto e quali ne sono i costi?

Modello strutturato ed omogeneo nel Paese o lasciato alla fantasia dei singoli, come ora?

“Rete assistenziale territoriale”: se sarà basata su posti letto territoriali, avrà costi analoghi a quelli di una UOC di medicina in un piccolo ospedale...

“Assistenza domiciliare”: si veda sopra...

#### RIORGANIZZAZIONE della DIAGNOSTICA (pagg. 42-46)

È condivisibile, come proposta. La realtà è però diversa: dal 2009 (Agenas) ad oggi, nulla è stato fatto in termini di “reti diagnostiche”.

Le Regioni latitano dal 5/7/10...D'altronde la messa in rete della diagnostica richiede standards operativi e di collegamento che diventeranno realtà solo con regole nazionali vincolanti.

#### RETI OSPEDALIERE (pagg. 46-51)

Anche questa proposta è condivisibile, ma andrebbe associata ad un “MODELLO OSPEDALIERO TIPO”, articolato per area servita e per gradualità di funzioni. Se richiesti, forniremo un progetto concreto.

Sul piano funzionale, occorrerebbe affrontare in modo generale il problema della Urgenza/Emergenza e del suo raccordo con medicina territoriale/P.S./ospedale.

Ancor oggi troppi malati vengono penalizzati dalla qualità delle cure ricevute nel percorso da casa all'ospedale.

#### RIABILITAZIONE (pag. 51-53)

Tre milioni di disabili producono 400.000 ricoveri (0.13 ricoveri/persona/anno) conseguentemente lo standard attuale dei posti letto riabilitativi (0.7 per mille abitanti) potrebbe essere insufficiente.

#### HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (pagg. 53-56 e 69-73; 76-77).

La Confedir-Mit si chiede perché, concretamente, non si proceda (in tempi ristretti) in questa sequenza:

- 1) TESSERA SANITARIA con microchip e codice di accesso riservato;
- 2) Inserimento, nel microchip, di notizie sanitarie sintetiche dell'individuo;

- 3) Uso del microchip per ogni accesso al SSN, con espansione delle notizie (ed allegato codice dell'operatore che le inserisce);
- 4) Calcolo del rischio clinico legato alle comorbidità di ogni individuo (es: indice di Charlson);
- 5) Collegamento "a nuvola" tra punti di erogazione sanitaria e dati del paziente, ovunque raccolti;
- 6) Collegamento tra tessera sanitaria individuale ed archivi sanitari/soggetti responsabili delle esenzioni.

Questa è un'ipotesi, concreta, di HTA!

#### INVESTIMENTI STRUTTURALI e TECNOLOGICI (pagg. 57-60)

Sinteticamente, i problemi sono:

- a) di tipo epidemiologico
- b) di tipo finanziario
- c) di livello di competenze (statali, regionali) politiche
- d) di livello di competenze professionali
- e) di appropriatezza nella richiesta di indagini
- f) di medicina difensiva

#### LEA (pagg. 61-73)

Sinteticamente, occorrerebbe:

- a) distinguere tra LEA "clinici" e LEA "finanziari e finanziabili";
- b) responsabilizzare l'accesso alle cure;
- c) diffondere notizie sui costi delle stesse;
- d) punire economicamente gli utenti che prenotano il servizio sanitario e poi non si presentano;
- e) favorire un corretto uso delle classi di priorità (28/10/10) da parte dei MMG e PLS, con "richieste motivate";
- f) dare una tempistica per la realizzazione dei 10 punti di pag. 64 del PSN.

#### INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA (pagg. 65-69)

Andrebbe quantificato il costo del sociale attualmente a carico della spesa sanitaria. Andrebbe chiarito il ruolo dei Comuni e la loro compartecipazione alla spesa. Per il resto: quale modello si vuole diffondere?

Quello veneto od un altro?

#### FARMACI e DIPOSITIVI (pagg. 77-80)

Il testo e la proposta sono condivisibili.

#### ACCREDITAMENTO (pagg. 81-83)

Il percorso è gravemente (e pericolosamente) in ritardo, mentre – se esso fosse completo ed esauriente – favorirebbe la riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale. Ancora una volta: fissare regole e tempi certi!

#### FASI della VITA (pagg. 84-89)

Definire, per legge, gli standards operativi per punti parto e disabilità, di ogni tipo.

## **ARGOMENTI ASSENTI**

Riteniamo gravissimo che un PSN così dettagliato abbia totalmente ignorato i seguenti aspetti/temi:

### **1) INSUFFICIENZA RENALE CRONICA e DIALISI**

Forse gli estensori non lo sanno, ma le nefropatie e la dialisi, da sole, costituiscono la settima patologia negli USA e costano, in Italia, circa il 3% del PSN.

L'impatto dell'uremia sulla qualità di vita delle persone, sulle comorbidità e sui costi sanitari è devastante e lo sarà sempre di più (es.: uremia diabetica). Quali le soluzioni?

### **2) TRAPIANTI/IMMUNOLOGIA**

Quali trapianti? A chi? A che costi? Con quante e quali strutture? Con quali farmaci? Con quali e quanti controlli?

### **3) ENDOCRINOPATIE**

Nel Paese dei "gozzi montani", l'endocrinologia non ha spazio.

### **4) MALNUTRIZIONI**

Le malnutrizioni giovanili e senili sono gravi fattori di comorbidità.

### **5) IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO dello SCOMPENSO CARDIACO (S.C.C.)**

L'ultrafiltrazione isolata (U.F.I.) potrebbe ridurre i 150.000 ricoveri annui per S.C.C., deospedalizzando i pazienti (anche nell'ultimo semestre di vita) e migliorandone la qualità di vita.

## **CONCLUSIONI**

Come ogni piano, anche questo PSN provocherà critiche ed applausi, perché i problemi sanitari e le loro possibili soluzioni sono pressoché infiniti. La Confedir-Mit ha apprezzato l'impegno di chi l'ha scritto (stesura a più mani) ma mantiene una riserva di fondo.

Occorre passare da un "libro dei sogni" ad un progetto sanitario nazionale concreto e realizzabile, in un dato arco temporale.

Occorre pensare ad un PIANO SANITARIO MINIMALE, con un numero definito di obiettivi, raggiungibili anche perché totalmente finanziati.

Un PIANO SANITARIO adatto ai tempi ed alle necessità sanitarie (sociosanitarie?) della nostra gente che – dalla Sanità – aspetta risposte concrete e personalizzate e non promesse vaghe od interminate.

Senza un PIANO SANITARIO MINIMALE ma fattibile, la Sanità pubblica italiana è destinata a ridurre la sua efficienza/efficacia, soprattutto in assenza di quelle modifiche strutturali/legislative che molti addetti ai lavori attendono da decenni.

E, cioè, non dal 1999 o dal 1992 ma addirittura dal lontano 1978.

C'è da chiedersi se, oggi, il nostro SSN (servizio sanitario nazionale) sia ancora universale, equo e di qualità o se invece non sia profondamente condizionato dai costi e dal permanere degli sprechi.

Dr. Stefano Biasoli  
Segretario Generale Confedir-Mit PA



Vicenza-Roma 30/3/2011