

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

Novità e implicazioni

GIORGIO TAMBURLINI

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

THE NATIONAL HEALTH PLAN 1998-2000
(M&B 6, 379-383, 1998)

Key words

National health plan, Priority targets, Mother and child health

Summary

The Italian Government presented the new National Health Plan for the years 1998-2000. The plan addresses 5 priority targets: promoting healthy lifestyles, reducing the burden of the major diseases, improving the environment, improving the care for the disadvantaged, upgrading the quality of specific areas (for example: the information system) to European standards. Specific points addressed by the NHP include the need for a modification of the financing system (3% of the national health budget will be devoted to specific targets) and the importance of establishing closer links between health and social services. Although mother and child health is no more considered a priority area, many of the priority targets directly imply interventions on this population, and particularly on adolescents. Many health professionals involved in child health services, including paediatricians, will probably have to reconsider their role within the NHS.

Il 21 maggio scorso è stato presentato a Roma il nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN), valido per il triennio 1998-2000. Del PSN presentiamo una sintetica, non certo esaustiva, panoramica, tesa a illustrare quelli che ci sembrano i punti salienti del piano, insieme ad alcune note di commento. Occorre precisare che si tratta del Piano che il Ministro propone alla Conferenza Stato-Regioni e alle Camere, e che quindi è suscettibile di modifiche.

PRINCIPI GENERALI

Si ribadiscono i principi ispiratori fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale (universalità di accesso, eguaglianza nell'accessibilità, partecipazione alle spese in base alla capacità contributiva). Pur sottolineando i risultati non disprezzabili raggiunti (aspettativa di vita e mortalità infantile nella media europea rispetto a costi complessivi inferiori alla media europea), si riconosce la «necessità di un cambiamento» che «non si esaurisca in una maggiore produttività» ma che «richiede un profondo ripensamento del funzionamento del SSN nel suo insieme». Si sottolinea che questo cambiamento richiede un patto con i cittadini (maturazione di una coscienza civile e assunzione di responsabilità diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere) e con gli operatori (centralità della valorizzazione delle competenze e disponibilità professionali). Viene messo in rilievo il ruolo critico di interventi multisettoriali, cioè di strategie condivise con altri settori dell'intervento pubblico, dalla sfera economico-sociale a quel-

la culturale («la riorganizzazione dei servizi da sola non basta; sono necessari anche interventi esterni al sistema che possono avere un impatto sulla salute pari o addirittura superiore a quello dei servizi sanitari»; «il mondo della comunicazione riveste un ruolo rilevante nel trasferire l'informazione e le conoscenze scientifiche») e il ruolo del settore non profit che, con la sua presenza, contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza.

Viene sottolineata «l'ampia variabilità che oggi caratterizza l'erogazione delle cure» e quindi si evidenzia l'urgenza di «avviare un processo di definizione di linee guida consensuali», sia per ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse sia per favorire la trasparenza con il pubblico.

Un nodo importante è individuato nella diminuzione delle disuguaglianze nei confronti della salute, da ottenersi migliorando la capacità di persone e gruppi di adottare comportamenti sani, e migliorando l'accesso ai servizi. Viene esplicitato che obiettivo del sistema sanitario è anche quello di «aiutare a convivere attivamente con la cronicità», assicurando assistenza domiciliare integrata e sostegni alle famiglie. In questo senso si sostiene l'importanza di coordinare in particolare i servizi sanitari e sociali, incentivando le collaborazioni istituzionali entro ambiti territoriali a partire dalla dimensione distrettuale.

Si tratta di principi e affermazioni ormai consolidate anche in sede internazionale, molte delle quali vengono tuttavia

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000: TENDENZE E TRAGUARDI

Obiettivo 1: Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute

Alimentazione	Ridurre l'energia derivante dai grassi e almeno il 30% dell'apporto calorico quotidiano Ridurre l'energia derivante dai grassi saturi e almeno il 10% dell'apporto calorico quotidiano Aumentare l'energia derivante da carboidrati ad almeno il 55% dell'apporto calorico quotidiano Ridurre la quota di energia derivante dallo zucchero ad almeno il 10% dell'apporto calorico quotidiano Ridurre la quantità quotidiana di sale da cucina consumato ad almeno 6 grammi Ridurre la prevalenza di individui obesi
Fumo	Ridurre la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni almeno al 20% per gli uomini e al 10% per le donne Ridurre il numero di sigarette fumate quotidianamente a 10 o meno Tendere a zero la prevalenza delle donne che fumano in gravidanza e ridurre la prevalenza di fumatori tra gli adolescenti
Alcol	Ridurre del 20% la prevalenza dei consumatori che eccedono i 40 g/die di alcol per i maschi, e i 20 g/die per le donne Ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto
Attività fisica	Aumentare del 10% la prevalenza di individui che praticano regolarmente attività fisica sportiva nel tempo libero Aumentare del 10% la prevalenza di anziani che praticano regolarmente attività fisico-sportiva nel tempo libero

Obiettivo 2: Contrastare le principali patologie

Malattie cardio e cerebrovascolari	Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie ischemiche del cuore Ridurre di almeno il 10% la mortalità da malattie cerebrovascolari Ridurre le disuguaglianze in termini di mortalità fra aree geografiche e fra gruppi sociali Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da patologie cardio e cerebrovascolari
Tumori	Ridurre la mortalità totale da tumori maligni del 10% per gli uomini e del 5% per le donne Ridurre le differenze di sopravvivenza relative ai tumori maligni all'interno del territorio nazionale Ridurre le disuguaglianze fra classi sociali per i principali tumori in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità Migliorare la qualità della vita del paziente oncologico Ridurre la mortalità da tumore del polmone del 10% per i maschi e stabilizzarla per le donne Ridurre la mortalità da tumore della mammella del 5% Ridurre la mortalità da tumore dello stomaco del 10% Stabilizzare la mortalità da tumore del colon-retto Ridurre la mortalità da tumore della cervice dell'utero del 10%
Malattie infettive	Raggiungere almeno il 95% di copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore a 24 mesi, anche immigrata, per poliomielite, difterite, tetano, morbillo, rosolia, parotite, pertosse, epatite B, <i>Haemophilus influenzae</i> Raggiungere il 75% di copertura vaccinale contro l'influenza per la popolazione al di sopra dei 64 anni Eradicare il virus della poliomielite Notificare almeno il 90% dei casi incidenti di TBC e completare la terapia anti-TBC almeno nell'85% dei casi identificati Ridurre le infezioni ospedaliere del 25%
Incidenti e malattie professionali	Ridurre la mortalità da incidenti stradali del 20% Ridurre la mortalità da incidenti stradali nella classe di età 15-24 anni di almeno il 20% Ridurre le menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali Ridurre il numero di infortuni domestici, in particolare fra le categorie più a rischio Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro del 10% Ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro nei settori produttivi a maggior rischio e per i casi più gravi Ridurre il numero di malattie correlate al lavoro

Obiettivo 3: Migliorare il contesto ambientale

Aria	Ridurre l'inquinamento atmosferico
Acqua	Aumentare la disponibilità di acqua potabile per abitante e la percentuale di popolazione servita da acquedotto Incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili non depurati Ridurre la quantità dei reflui non depurati riversati direttamente nei corpi idrici

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000: TENDENZE E TRAGUARDI

Alimenti	Ridurre l'incidenza delle malattie causate da e con alimenti
Radiazioni	Ridurre la concentrazione di radon nelle abitazioni e nei luoghi chiusi Ridurre il rischio da esposizione a radiazioni in occasione di esami strumentali e che richiedono fonti di radiazioni Ridurre il rischio connesso all'esposizione di radiazioni ultraviolette Prevenire gli effetti dei campi elettrici e magnetici
Rifiuti	Potenziare le attività mirate alla prevenzione dei danni

Obiettivo 4: Rafforzare la tutela dei soggetti deboli

Immigrati	Garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in tutto il territorio nazionale Estendere la copertura vaccinale alla popolazione immigrata
Tossicodipendenti	Ridurre la mortalità e la morbosità Aumentare la quota di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata di uso di sostanze prima del contatto Aumentare la quota di soggetti che iniziano e completano i trattamenti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale
Salute mentale	Migliorare la qualità della vita e il funzionamento sociale del paziente psichiatrico Ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio
Fasi della vita e salute	Ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8 per mille in tutte le Regioni Ridurre i comportamenti a rischio in età adolescenziale Ridurre i casi di disagio psichico e sociale nell'infanzia e nell'adolescenza Promuovere la procreazione cosciente e responsabile Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano Adottare politiche di supporto alla famiglia con anziani non autosufficienti Potenziare e qualificare l'assistenza a favore delle persone nella fase terminale della vita

Obiettivo 5: Portare la sanità italiana in Europa

Trapianti	Ridurre la mortalità in lista di attesa Aumentare il numero di donatori e il numero di organi espantati Aumentare il numero di trapianti e la sopravvivenza dei trapiantati Ridurre il numero di trapianti effettuati all'estero
Riabilitazione	Garantire continuità assistenziale Assicurare l'efficacia clinica delle prestazioni rese Articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni
Innovazione tecnologica	Individuare le priorità di sviluppo delle nuove tecnologie Dismettere le strutture obsolete e ricostruire le dotazioni Sviluppare le procedure di valutazione delle tecnologie Migliorare l'utilizzo delle dotazioni esistenti Coinvolgere gli operatori nei processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie Adeguare le apparecchiature e le tecnologie alle disposizioni di sicurezza Adeguare la rete dei laboratori diagnostici
Sorveglianza patologie rare	Garantire diagnosi tempestive e pronto riferimento ai centri specialistici per la terapia Sviluppare l'attività di prevenzione
Sanità pubblica veterinaria	Procedere all'accreditamento dei servizi e dei laboratori di sanità pubblica veterinaria Sviluppare le attività e gli interventi finalizzati alla riduzione dei rischi Sviluppare azioni di cooperazione con i Paesi con i quali l'Unione ha rapporti di scambio Sviluppare le attività di formazione
Sistema informativo sanitario	Sviluppare i sistemi orientati al risultato finale del servizio sanitario Integrare i diversi sistemi informativi sanitari, fra loro e con i sistemi informativi della pubblica amministrazione Potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete Migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dei dati

Tabella I

per la prima volta "santificate". Ci si sarebbe attesi una maggiore e più puntuale riflessione critica su quanto non è stato fatto, e soprattutto sulle ragioni di questo; e soprattutto, cosa che si può leggere tra le righe, ma in modo pericolosamente implicito, sui prodotti della recente riforma introdotta da l. 502 e 517 e sugli esiti dell'ultimo PSN (è stato rispettato? in quanta parte? e cosa non ha funzionato?).

OBIETTIVI, PROGRAMMAZIONE, FINANZIAMENTO E SISTEMI DI REMUNERAZIONE

Tutta l'impalcatura del PSN si basa sulla individuazione di alcuni obiettivi prioritari e dei relativi traguardi da raggiungere (Tabella I), frutto di un'analisi del quadro epidemiologico della popolazione italiana (vedi *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, 1996), del confronto con le indicazioni dell'OMS per la Regione Europea e della valutazione delle concrete possibilità di intervento. Viene stabilito che una quota vincolata (3%) del fondo sanitario nazionale venga finalizzata al finanziamento di interventi relativi agli obiettivi di carattere prioritario. Il fondo viene ripartito tra le Regioni in base a quota capitaria corretta.

Il piano prevede una revisione dei sistemi tariffari di remunerazione. Prevede anche dei criteri di delimitazione dell'applicazione del pagamento a prestazione, e di conseguenza l'identificazione di prestazioni e attività da remunerare attraverso «programmi di finanziamento alternativi o integrativi rispetto al sistema tariffario».

Contestualmente si stabilisce «l'attivazione di strumenti di controllo da parte delle Regioni al fine di tener conto dei fenomeni della modificazione del case mix delle attività erogate e per garantire la qualità dell'assistenza».

Si tratta di una sensibile correzione di rotta rispetto al sistema basato sulla tariffazione pura, sulla base di quanto già attuato in alcune Regioni. Ciò dovrebbe impedire gli abusi e le distorsioni conseguenti al sistema della tariffazione, già più volte denunciati su queste pagine.

ACCREDITAMENTO

Si sottolinea l'importanza dello strumento dell'accreditamento, i cui requisiti di qualità sono da intendersi come «diversi e ulteriori rispetto ai requisiti mini-

mi autorizzativi». Il conferimento dello stato di struttura sanitaria compete alle Regioni. Rappresenta il presupposto per l'individuazione delle strutture che devono concorrere all'erogazione delle prestazioni previste dai piani di attività.

Su questo piano siamo ancora agli inizi. In gran parte del Paese vige ancora un sistema di accreditamento "politico". Se applicato in base ad appropriate definizioni tecniche della qualità del servizio, questo solo strumento potrebbe rappresentare una innovazione di assoluto rilievo nella sanità italiana e comportare significativi cambiamenti anche in campo pediatrico. Si pensi al numero ancora eccessivo dei punti nascita e dei reparti ospedalieri o alle strutture private, in particolare per prestazioni di riabilitazione, che ancora esistono al di fuori di ogni controllo di qualità.

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E MULTISETTORIALITÀ

Si stabilisce che nei piani regionali sanitari l'integrazione sociosanitaria deve costituire una priorità strategica a cui «destinare risorse vincolate». L'integrazione istituzionale, in particolare tra aziende sanitarie e amministrazioni comunali, si può avvalere di vari strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma. Il distretto è «la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra le istituzioni». Si fa esplicito riferimento alla metodologia di lavoro per progetti e alla integrazione professionale intorno all'adozione di linee guida operative. Condizioni necessarie all'integrazione sono la collaborazione fra strutture residenziali e territoriali, la gestione unitaria della documentazione, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento.

Si tratta di materia essenziale e molto complessa in quanto comporta la volontà di accordo e collaborazione tra soggetti tecnici come le aziende e i soggetti politici come i comuni. Nel Regno Unito i laburisti hanno appena risolto il problema restituendo in pratica alle Health Authorities le deleghe per i servizi sociali. Da noi si è andati nella direzione opposta, tranne poi stabilire che bisognava fare gli accordi. Anche in questo caso si tratta di una materia decisiva per il settore infanzia e adolescenza, in quanto molti programmi, in particolare di prevenzione ma anche di

intervento su gruppi e famiglie multiproblematici, non possono che essere attuati sulla base di una stretta collaborazione tra aziende, USL, comuni, scuola e associazionismo.

SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo sanitario viene definito nel piano non solo come «flusso di informazioni utili agli operatori e ai gestori dei servizi sanitari» ma anche come «presupposto per l'esercizio dei diritti dei cittadini a informazioni accurate e comprensibili relativamente ai servizi e al loro funzionamento e risultati». Ci si propone di «ridisegnare» il sistema informativo sanitario, integrando i diversi sistemi informativi della pubblica amministrazione, sulla base dei bisogni informativi. Ci si propone anche di attivare sistemi di sorveglianza specifici e indagini di popolazione. Si sottolinea l'importanza a questo fine di valorizzare le indagini multiscopo sulla famiglia dell'ISTAT, rivedendone la parte sanitaria perché risultati idonea a monitorare gli obiettivi del piano e a rilevare indicatori di utilizzo dei servizi non altrimenti misurabili.

Ci si propone dunque di conferire una intelligenza al sistema. Tale esigenza è chiaramente sentita anche nel settore pediatrico, per il quale sono disponibili attualmente in base alle statistiche correnti quasi solo indicatori classici di mortalità e dati di processo (tassi di ospedalizzazione ecc.). Merita ricordare che l'ACP ha recentemente proposto una serie di indicatori base per un sistema informativo strategico relativo alla condizione di salute dell'infanzia e dell'adolescenza.

FORMAZIONE E RICERCA

Si sottolinea tra l'altro che le condizioni necessarie per rendere efficace la formazione non dipendono soltanto da buoni contenuti e buoni metodi, ma dalla «capacità di riprodurre in sede formativa le radici dei problemi». Si afferma che va potenziata la formazione manageriale. Si dà mandato alle Regioni di incentivare programmi di formazione relativi alla cosiddetta «area comune», cioè quella rivolta a gruppi di lavoro interprofessionali e a strutture organiche di servizio con riferimento al lavoro per progetti, alla valutazione degli interventi, alla loro umanizzazione. Anche in questa sede si prevede un accreditamento, nazionale e regio-

nale, delle agenzie formative.

Si sottolinea non solo il ruolo della ricerca ma specificamente l'importanza della ricerca finalizzata a valutare «l'efficacia di procedure e interventi e la sperimentazione di modalità di funzionamento dei servizi», la «valutazione delle forme più efficaci di trasferimento nella pratica dalle informazioni derivate dalla ricerca», la «valutazione di impatto di modelli integrati di intervento», la sperimentazione degli interventi mirati a migliorare le conoscenze della popolazione circa l'efficacia dei trattamenti e la valutazione dell'efficacia delle tecnologie e interventi ritenuti «orfani» sul piano della sperimentazione.

Si tratta forse dell'area dove l'obiettivo pare più lontano. La formazione di base degli operatori è ancora affidata a un'entità (l'Università) che risponde a finalità diverse da quelle del SSN. La formazione "in servizio" è affidata a una miriade di agenzie. Si sente terribilmente la mancanza di una scuola di sanità pubblica. La ricerca biomedica è ancora sostanzialmente dominata dai clinici e, nel migliore dei casi, comprende una discreta ricerca di base. Per la prima volta si definisce

con chiarezza che è interesse del SSN finanziare un'attività di ricerca direttamente correlata alle proprie finalità ed obiettivi (ricerca su sistemi e sui servizi sanitari). Anche in quest'area, in ogni caso, non abbondano le competenze, che vanno valorizzate e create.

INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA

Vi è dedicata una pagina e mezza; obiettivi e azioni da privilegiare sono riportati in *Tabella II*. La definizione ulteriore e più puntuale degli interventi e degli strumenti attuativi è demandata a uno specifico progetto obiettivo, la cui scrittura è in corso, nonché alle linee guida sul dipartimento materno-infantile, anch'esse in via di emanazione.

Si prende atto dei problemi emergenti (situazioni di abbandono, trascuratezza e abbandono delle cure primarie nella prima infanzia, anomalie e disturbi dello sviluppo in età evolutiva, comportamento a rischio negli adolescenti) accanto alle problematiche antiche quali le disegualianze nell'accesso alle cure e le gravi disparità fra Regione e Regione.

Alcuni degli aspetti di maggiore importanza sono peraltro ripresi nelle altre sezioni del piano, in particolare all'obiettivo 1 («promuovere comportamenti e stili di vita»). Molto del futuro di questi traguardi peraltro del tutto condivisibili è rappresentato dalla capacità del sistema di riconvertire una parte delle risorse al proprio interno, in particolare dagli ospedali medio/piccoli al territorio; di costituire su tutto il territorio nazionale i dipartimenti e di farli funzionare; di far procedere effettive modalità di collaborazione con le altre agenzie, scuola e comune in primo luogo.

Torneremo sull'argomento quando sarà approntato il testo del progetto obiettivo specifico.

CONCLUSIONI

In conclusione, si tratta di un piano basato su solidi principi, di larghe vedute, ambizioso. E tuttavia l'esperienza del passato ci dice che più dei piani contano le leggi di riordino del SSN e le leggi finanziarie. È auspicabile dunque che le prossime leggi in materia sanitaria siano coerenti con l'impostazione del piano e che in particolare non si perda tempo ulteriore a dotare il nostro Paese di uno strumento che consenta di formare una generazione di capaci dirigenti di sanità pubblica.

Sembra di rilevare, come d'altronde emerge anche dai vari piani regionali, che l'area della salute del bambino e più in generale quella cosiddetta materno-infantile (meglio sarebbe parlare di salute della donna e del bambino) non stia in testa alle preoccupazioni. Forse è giusto così, se si guarda alla demografia. Tuttavia noi non smetteremo di pensare che si tratta di un'area cruciale anche per le ricadute nelle età successive, e in fondo la presentazione, l'anno scorso, di un Piano Nazionale del Governo per l'infanzia e l'adolescenza sembrava conferire maggiore rilievo all'impegno del Governo su questi temi, sia pure, come è giusto, privilegiando gli interventi sui determinanti della condizione infantile (supporto alle famiglie, alla scuola, ai servizi sociali e alle iniziative degli enti locali). Ed è proprio questo che i pediatri devono sostenere, sia pure adattandosi a una ineluttabile marginalità. Conviene però che lo facciano con lungimiranza e non con risentimento.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000: OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE PER LA SALUTE DELL'INFANZIA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Obiettivi generali

- Ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8 per mille in tutte le Regioni.
- Prevenire i comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi e autolesioni e alla dipendenza.
- Prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali; anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti.
- Promuovere la procreazione cosciente e responsabile, tutelando le gravidanze a rischio e fornendo un adeguato sostegno alle famiglie.
- Favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche.
- Monitorare lo stato di salute dell'infanzia, della pre-adolescenza e dell'adolescenza nella dimensione fisica, psichica e sociale, anche avvalendosi dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia.

Azioni

- Assicurare interventi preventivi e diagnostici di provata efficacia in epoca pre e perinatale.
- Attuare interventi per la promozione della salute in età pre-adolescenziale e adolescenziale.
- Razionalizzare l'ospedalizzazione in età pediatrica, tenendo conto delle particolari esigenze della fascia di età cui si rivolge, coordinando e integrando l'assistenza con l'offerta di servizi distrettuali e valorizzando il pediatra di famiglia.
- Potenziare i servizi extraospedalieri, specie quelli a ciclo diurno, preposti al recupero dei disturbi neuropsicopatologici e delle limitazioni funzionali.
- Ridurre l'utilizzo inappropriato di tecnologie biomediche e migliorare la qualità umana dei servizi rivolti all'infanzia.
- Predisporre linee guida per la gravidanza, il parto, le cure ospedaliere pediatriche, la pediatria di famiglia e di comunità.
- Integrare i servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, anche tenendo conto di quanto previsto nel Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Tabella II

