Presentazione

L'anno della crisi affrontata

La sanità italiana, nel corso dell'anno 2012, ha offerto un significativo contributo alle politiche adottate dal Governo per l'uscita dalla crisi finanziaria ed economica che attraversa il nostro Paese. Lo ha fatto in condizioni di particolare difficoltà, per numerosi motivi. In primo luogo, la compressione della dotazione delle risorse finanziarie del Servizio sanitario nazionale (SSN), che peraltro ha preservato comunque la funzione primaria del sistema sanitario di prevenire e temperare gli effetti della crisi sulle condizioni di salute della popolazione.
Inoltre, l'interruzione per il 2011-2012 del finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza, che si intende adesso rivitalizzare, non solo ha trasferito sul bilancio della sanità gli oneri per i servizi sociali a elevata integrazione sanitaria, ma ha anche creato ulteriori problemi all'organizzazione e al funzionamento della componente territoriale del SSN svolta in collaborazione con i Comuni, su cui insiste particolarmente la nuova domanda di assistenza da parte delle categorie più vulnerabili indotta dalla crisi economica. Infine, non va dimenticato che i dati OCSE mostrano come la spesa sanitaria pubblica italiana sia cresciuta di appena l'1,6% annuo, a fronte del 4% osservato nel complesso dei Paesi OCSE.
Sui problemi immediati posti dal contributo della sanità alle politiche di bilancio si sono innestate le esigenze di modernizzazione del sistema che la crisi economica ha semplicemente acuito e reso più manifeste e di più urgente soluzione. Tali esigenze sono state affrontate attraverso una "manutenzione straordinaria" per rivedere, riqualificare e riorganizzare il sistema assicurando l'invarianza dei servizi ai cittadini. Il cambiamento impresso alle politiche sanitarie nel rispetto dei principi fondamentali del SSN si propone di rendere il suo funzionamento più aderente alle trasformazioni della società, alla nuova struttura della popolazione e ai cambiamenti dell'epidemiologia, migliorando al contempo la sua sostenibilità, per prevenire i futuri problemi di fabbisogno e renderlo più consonante con gli obiettivi di finanza pubblica.
I due pilastri su cui poggia questa trasformazione sono indicati dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. spending review*), che stabilisce la revisione della rete ospedaliera sulla base di standard quali-quantitativi, e dal decreto legge 13 settembre 2012, convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189 (disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), che riguarda tra l'altro la nuova configurazione dell'esercizio della medicina generale e dell'assistenza primaria sul territorio.*

Il nuovo ruolo dell'assistenza primaria e della medicina generale

Gli orientamenti internazionali indicano che l'assistenza primaria ha un ruolo centrale nella prossimità ai cittadini e ai loro bisogni di salute, consentendo l'idonea risposta a

molte condizioni cliniche, evitando il ricorso inappropriato al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero. La riforma introdotta con il decreto legge n. 158 stabilisce il potenziamento e l'organizzazione a rete dell'assistenza primaria, l'integrazione con il settore sociale anche in riferimento all'assistenza domiciliare e con i servizi ospedalieri nella fase sia pre- che post-ricovero. Per quanto riguarda la medicina generale e la pediatria di libera scelta sono inoltre previste forme innovative di organizzazione quali i team multiprofessionali e multidisciplinari, che agiranno con modalità proattive e centrate sulla persona, garantendo l'accesso ai servizi per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche grazie al ruolo unico della medicina generale.

Ospedali più qualificati, più sicuri, più integrati

Gli ospedali italiani hanno una lunga tradizione storica e professionale e sono un patrimonio che non si può sottovalutare. Occorre però renderli più adeguati alle sfide della moderna medicina e più pronti alla prossima sfida europea di una sanità senza frontiere, assicurando la loro rispondenza a puntuali requisiti di accreditamento che garantiscano un'adeguata omogeneità di standard assistenziali fra le Regioni. Il regolamento sugli standard ospedalieri, previsto dalla spending review*, e l'Intesa Stato-Regioni sui requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie sono indirizzati a questi scopi. L'obiettivo è realizzare un'offerta assistenziale più qualificata e differenziata per intensità di cura, organizzata al proprio interno secondo modalità innovative e flessibili, più rispondente sia alle necessità dell'emergenza sia a quelle della riabilitazione e integrata in una rete di ospedali, dialoganti fra di loro e con l'assistenza territoriale domiciliare e residenziale. Servizi che assicurino precisi requisiti per l'accreditamento in modo più omogeneo tra le diverse Regioni e si preparino alla sfida europea di una sanità senza frontiere.*

Innovazione, ricerca e formazione continua

Le politiche per la salute sono uno dei settori a più alto tasso di innovazione tecnologica e organizzativa, che investe sia le prestazioni e i servizi erogati (e i relativi processi di produzione), sia l'amministrazione e la gestione del sistema produttivo. Inoltre, il settore sanitario occupa principalmente personale ad alto livello di qualificazione professionale, prodotto di lunghi processi di formazione pre- e post-laurea e di un pressoché costante "apprendimento sul campo".
Un sistema sanitario che non sia in grado di mantenere il passo con l'innovazione rischia la perdita di fiducia e la disaffezione dei suoi operatori e dei suoi destinatari, un pericolo costante per la sua sostenibilità sociale, ancora più rilevante della semplice sostenibilità economica. Per questo, e tanto più in una fase di forte rinnovamento, la ricerca in tutte le sue accezioni (di base, clinica e organizzativa) non può non essere un'attività essenziale che deve essere esercitata in tutte le strutture del SSN da un personale costantemente qualificato e ri-qualificato da programmi di formazione teorici, a distanza e sul campo.
L'azione di governo ha dedicato particolare attenzione a entrambe queste attività, elaborando il programma nazionale di educazione continua in medicina e predisponendo il bando per la ricerca sanitaria finalizzata ex art. 12-bis del D.Lgs. n. 502/1992.
Per il sistema nazionale di formazione continua sono stati indicati come prioritari gli aspetti della qualità, sia del prodotto formativo sia dell'ente provider, e dell'efficacia concreta della formazione nelle competenze e abilità professionali (outcome). Da tali priorità sono state delineate sei tematiche definite nel bando 2012 sulla formazione con-

tinua, che riservano particolare attenzione alle tecniche più innovative, quali la formazione a distanza e la formazione sul campo.
Il bando sulla ricerca finalizzata ha impegnato oltre 136 milioni di euro, di cui metà per progetti clinico-assistenziali e metà per ricerca traslazionale. Le otto aree tematiche indicate (dismetabolismi e patologie cardiovascolari, patologie neurologiche, oncologia, infezioni e immunità, nuove biotecnologie, sicurezza alimentare e benessere animale, patologie di origine ambientale, sicurezza negli ambienti di lavoro e patologie occupazionali) comprendono al loro interno la ricerca di base e traslazionale, la ricerca clinica e quella valutativa, per garantire la piena integrazione fra tutte le attività conoscitive di ambito sanitario. Una specifica attenzione è dedicata ai progetti realizzati "in rete" tra diversi enti, a quelli presentati da giovani ricercatori e alle collaborazioni con ricercatori italiani all'estero, nonché a progetti cofinanziati con il comparto industriale.
I programmi di educazione continua e di ricerca finalizzata intendono realizzare una stretta integrazione e una forte sinergia con la nuova configurazione organizzativa dell'assistenza primaria e di quella ospedaliera in corso di definizione. Il nuovo ordinamento dell'assistenza ospedaliera secondo il modello a rete gerarchica Hub & Spoke, già sperimentato in alcune Regioni, individua per le principali funzioni assistenziali specifici ospedali di riferimento che rappresentano il terminale complesso di ciascun sottosistema specifico. Gli ospedali di riferimento (che comprendono, ma non si esauriscono negli IRCCS e nelle Aziende ospedaliero-universitarie) saranno scelti in base alla complessità delle dotazioni tecnologiche e alla completezza delle competenze professionali dei loro operatori. La loro selezione si avvarrà delle soglie minime (o ottimali) di volumi di attività definiti da AgeNaS e i loro risultati saranno valutati secondo gli standard individuati dal programma nazionale valutazione esiti. In ragione della loro specifica qualificazione, questi ospedali sono quindi il luogo ottimale in cui far confluire i pazienti con i problemi più complessi per realizzare appropriatezza organizzativa ed efficienza operativa e per garantire i più alti livelli di esiti finali favorevoli. Essi dovranno, però, contemporaneamente rappresentare anche il punto di diffusione ideale per programmi di ricerca, di formazione e di trasferimento di soluzioni organizzative condivisi con tutti i punti della rete assistenziale. A questo compito è chiamata principalmente l'ormai ampia rete degli IRCCS per svolgere appieno la sua funzione di ricerca nell'ambito delle istituzioni del SSN.

La salute oltre la sanità

Molte malattie sono causate da fattori ambientali, sociali, economici che impongono l'adozione di politiche intersettoriali nel campo del lavoro, dell'ambiente, della scuola. È cresciuta la consapevolezza del peso dei determinanti sociali e ambientali della salute, spesso inestricabilmente intrecciati a quelli individuali e comportamentali.
Stiamo rafforzando le nostre collaborazioni con gli altri settori economici e sociali e dovremo ulteriormente insistere su questa strada per ridurre i rischi legati alla scorretta alimentazione, alla vita sedentaria, al gioco patologico, all'inquinamento ambientale. Alcuni di questi fattori di rischio sono stati oggetti di speciale attenzione nel decreto legge n. 158.
Il monitoraggio dei siti di interesse nazionale, tra cui quello di Taranto, e l'impegno contro l'inquinamento da amianto e da altre sostanze continueranno con maggiori risorse.
Una speciale attenzione vogliamo dedicarla al sostegno di iniziative di contrasto alle diseguaglianze, promuovendo con le Regioni programmi di conoscenza e di intervento, di cui già il riparto delle risorse per il 2012 contiene una significativa traccia.

Universalismo, trasparenza e fiducia

Il Servizio sanitario nazionale è la "casa comune" per tutti i cittadini e per le persone presenti sul territorio nazionale. Questo principio di universalità del diritto di accesso alle prestazioni e ai servizi del SSN non può essere disgiunto né dal principio di trasparenza nella valutazione dei suoi risultati e nell'individuazione dei suoi dirigenti più capaci, né dal principio di legalità nello svolgimento scrupoloso degli iter amministrativi. È necessario che tutti sappiano rendere conto dei risultati ottenuti, dell'uso appropriato ed efficiente delle risorse affidate, dell'autonomia e del disinteresse con cui sono prese le decisioni.
La crisi non è solo economica e strutturale: è anche una crisi di fiducia e di rappresentanza che richiede una risposta straordinaria e un credibile impegno individuale e collettivo di tutti, insieme all'alto senso di responsabilità e al rigore che devono caratterizzare chi amministra un bene pubblico così prezioso.

Il Ministro della Salute
Prof. Renato Balduzzi