

Ministero della Salute

Piano Sanitario 2003-2005

Approvato dal Consiglio dei Ministri

11 Aprile 2003

Presentazione

Le modificazioni legislative intervenute nel 2001 (modifica del titolo V, cap. II della Costituzione) e l'approvazione da parte del Governo del Disegno di Legge sulla devoluzione (che porterà nel prossimo futuro ad una ulteriore modifica dell'art. 117 della Costituzione), con i conseguenti nuovi poteri attribuiti alle Regioni determineranno, nei mesi e negli anni a venire, importanti trasformazioni nella sanità italiana.

È dunque naturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si ponga in una ottica del tutto nuova e coerente con questi cambiamenti legislativi e politici trasformandosi, rispetto ai precedenti Piani, da atto programmatico per le Regioni in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo.

L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha disegnato un buon modello di collaborazione tra lo Stato e le Regioni che il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni hanno deciso debba costituire il prototipo di ogni futura iniziativa in sanità. Esso è in grado di prevenire i conflitti istituzionali e di garantire ai cittadini italiani che le istituzioni operino in sinergia, dando concreta attuazione a quel principio di sussidiarietà che è ritenuto oggi il fondamento su cui basare le attività di interesse pubblico.

Il Piano 2003-2005 individua gli obiettivi strategici e generali di salute per l'Italia per l'importanza particolare che rivestono per la salute dei cittadini, mentre l'Accordo delinea modelli sperimentali coerenti con gli obiettivi condivisi del PSN, che vanno sostenuti anche con risorse dedicate.

Il Ministro della Salute
Prof. Girolamo Sirchia

Indice

Il quadro di riferimento

1. I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale 8

1.1. Il primo Piano Sanitario Nazionale dopo il cambiamento 8

1.1.1. L'etica del sistema 10

1.2 Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi
fondamentali 12

Parte Prima: I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento: 16

1. Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali
ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa 16

2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per
l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili 19

1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della
società italiana che va affrontata con nuovi mezzi
e strategie 19

2.2.2. Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale 20

3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle
tecnologie biomediche 21

2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità 22

2.5. Realizzare una formazione permanente di alto livello
in medicina e sanità 24

2.6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture
ospedaliere 26

7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di
governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari 27

2.7.bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza 28

6. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella

sui servizi sanitari 29

2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione
e la comunicazione pubblica sulla salute 31

2.10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza 35

Parte Seconda: Gli obiettivi generali

3. La promozione della salute 38

3.1. Vivere a lungo, vivere bene 38

3.2. Combattere le malattie 39

3.2.1. Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari 39

3.2.2. I tumori 39

3.2.3. Le cure palliative 41

4. Il diabete, le malattie metaboliche 43

5. I disturbi del comportamento alimentare 44

3.2.6. Le malattie respiratorie e allergiche 46

3.2.7. Le malattie reumatiche ed osteoarticolari 46

3.2.8. Le malattie rare 47

3.2.9. Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione 49

3.2.10. La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

e le malattie a trasmissione sessuale 51

3.3. Ridurre gli incidenti e le invalidità 51

3.4. Sviluppare la riabilitazione 53

3.5. Migliorare la medicina trasfusionale 53

3.6. Promuovere i trapianti di organo 55

4. L'ambiente e la salute 56

4.1. I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette 56

4.2. L'inquinamento atmosferico 57

4.2.1. L'amianto 62

4.2.2. Il benzene 63

- 4.3. La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento 64
- 4.4. Le acque di balneazione 65
- 4.5. L'inquinamento acustico 65
- 4.6. I campi elettromagnetici 66
- 4.7. Lo smaltimento dei rifiuti 67
- 4.8. Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura 68
- 4.9 Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro 70
- 5. La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria 74
- 6. La salute e il sociale 78
 - 6.1. Le fasce di povertà e di emarginazione 78
 - 6.2. La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente 80
 - 6.3. La salute mentale 84
 - 6.4. Le tossicodipendenze 87
 - 6.5. La sanità penitenziaria 93
 - 6.6. La salute degli immigrati 93

Il quadro di riferimento

1. I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale

1.1. Il primo Piano Sanitario Nazionale dopo il cambiamento

Il Piano 2003-2005 è il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato.

La missione del Ministero della Salute si è significativamente modificata da "pianificazione e governo della sanità" a "garanzia della salute" per ogni cittadino. Il Servizio Sanitario Nazionale è un importante strumento di salute, ma non è l'unico: infatti il benessere psico-fisico si mantiene se si pone attenzione agli stili di vita, evitando quelli che possono risultare nocivi.

Per quanto riguarda lo scenario politico-istituzionale, il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione. Il decentramento fa parte da tempo degli obiettivi della sanità italiana ed era già presente fra le linee ispiratrici della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, come del riordino degli anni '90, nell'ambito del quale veniva riconosciuto alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri ad una graduale ma reale devoluzione, improntata alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà del 2001, con l'Accordo tra Stato e Regioni (8 agosto 2001), alcuni punti del quale sono stati recepiti con il successivo decreto attuativo, convertito in Legge (Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347 e Legge 16 novembre 2001 n. 405).

La Legge costituzionale recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", varata dal Parlamento l'8 marzo 2001 e approvata in sede di Referendum confermativo il 7 ottobre 2001, ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientrano nella competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117), definiti secondo quanto stabilito nel novembre 2001 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con le procedure previste dal Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito poi nella Legge 16 novembre 2001 n. 405, nonché la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32). In altri termini lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale.

In tale contesto i compiti del Ministero della Salute saranno quelli di:

- garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la

comunicazione corretta ed adeguata;

- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle;
- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Nonostante i risultati raggiunti negli ultimi decenni siano apprezzabili in termini di maggiore aspettativa di vita e di minore prevalenza delle patologie più gravi, ulteriori e più avanzati traguardi e miglioramenti vanno perseguiti nella qualificazione dell'assistenza, nell'utilizzo più razionale ed equo delle risorse, nell'omogeneità dei livelli di prestazione e nella capacità di interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari.

Inoltre, non va dimenticato che la popolazione anziana nel nostro Paese è cresciuta e cresce di numero più che in altri Paesi europei e che è aumentato il peso delle risorse private investite nella salute, sia da parte delle famiglie che del terzo settore e di altri soggetti privati.

Al Piano Sanitario Nazionale è affidato il compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario. Tali obiettivi si intendono conseguibili nei limiti e in coerenza con i programmati obiettivi di finanza pubblica del vigente DPEF 2003-2006 e dell'Accordo dell'8 Agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003.

Ciò avviene, peraltro, in coerenza con l'Unione Europea e le altre Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Consiglio d'Europa, che elaborano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie.

La competenza dell'Unione Europea, in materia sanitaria, è stata ulteriormente rafforzata dal Trattato di Amsterdam del 1997, entrato in vigore nel 1999, secondo il quale il Consiglio dell'Unione Europea, deliberando con la procedura di co-decisione, può adottare provvedimenti per fissare i livelli di qualità e sicurezza per organi e sostanze di origine umana, sangue ed emoderivati nonché, nei settori veterinario e fitosanitario, misure il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica.

Nel mese di settembre 2002 è entrato in vigore il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, che individua tra le aree orizzontali di azione comunitaria:

- la lotta contro i grandi flagelli dell'umanità, le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;
- la riduzione della mortalità e della morbilità correlate alle condizioni di vita e agli stili di vita;
- l'incoraggiamento ad una maggiore equità nella sanità dell'Unione Europea (U.E.), da perseguire attraverso la raccolta, analisi e distribuzione delle informazioni;
- la reazione rapida a pericoli che minacciano la salute pubblica;
- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche in questo campo, con i commi secondo e quarto dell'articolo 117 del novellato Titolo V della Costituzione, alle Regioni sono state affidate nuove competenze in materia comunitaria, sia nella fase ascendente di formazione degli atti normativi comunitari sia nell'attuazione ed esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione Europea.

Il ruolo del PSN è significativo in questa prospettiva, tenuto conto anche della recente elaborazione della "strategia sociale " comunitaria avviata dal Consiglio Europeo di Lisbona, proseguita con quello di Nizza ed esplicitata dalla decisione n. 50/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 dicembre 2001, che istituisce un programma d'azione comunitaria per incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri al fine di combattere l'emarginazione sociale e, con la più ampia accezione, di garantire la coesione sociale in Europa.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 tiene conto degli obiettivi comunitari in tema di salute e del necessario coordinamento con i programmi dell'Unione Europea.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il PSN si articola in due parti:

- la prima specifica gli obiettivi strategici di salute;
- la seconda individua le linee di sviluppo per gli altri obiettivi generali di salute.

L'efficacia del Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità chiamati a:

- trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli;
- investire nella qualificazione delle risorse umane;
- adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci;
- adeguare gli standard quantitativi e qualitativi;
- garantire i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

In questo senso è necessaria una impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive: la tutela della salute, pertanto, si persegue attraverso una strategia coordinata di interventi delle diverse istituzioni per rispondere pienamente ed in maniera specifica ai nuovi bisogni di salute dei cittadini.

In sintesi, alla luce dei cambiamenti politici e giuridici avvenuti e di quelli tuttora in corso, il presente Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si configura come un documento di indirizzo e di linea culturale, più che come un progetto che stabilisce tempi e metodi per il conseguimento degli obiettivi, in quanto questi aspetti operativi rientrano nei poteri specifici delle Regioni, cui il presente Piano è diretto e con le quali è stato costruito.

1.1.1. L'etica del sistema

La necessità di garantire ai cittadini un sistema sanitario equo diviene sempre più urgente per il nostro Paese. L'equità dovrebbe guidare le politiche sanitarie, ma nel dibattito è stata finora sottovalutata, uscendo spesso perdente nel conflitto con l'efficienza. Si sono create così diverse iniquità di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del Paese, alle disuniformi e lunghe liste d'attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, alla insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani. Iniquità genera iniquità e le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio può risultare ottimo o accettabile per una parte dei cittadini, ma non altrettanto buono per altri.

Nel 1999 un gruppo di esperti anglosassoni, il cosiddetto *Gruppo di Tavistock*, ha sviluppato alcuni principi etici di massima che si rivolgono a tutti coloro che hanno a che fare con la sanità e la salute e che, non essendo settoriali, si distinguono dai codici etici elaborati dalle singole componenti del sistema (medici, enti).

Nel 2000 i cosiddetti *7 principi di Tavistock* di seguito riportati sono stati aggiornati e offerti alla considerazione internazionale.

1. Diritti. I cittadini hanno diritto alla salute e alle azioni conseguenti per la sua tutela.
2. Equilibrio. La cura del singolo paziente è centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettività vanno tutelati. In altri termini non si può evitare il conflitto tra interesse dei singoli e interesse della collettività. Ad esempio, la somministrazione di antibiotici per infezioni minori può giovare al singolo paziente, ma nuoce alla collettività perché aumenta la resistenza dei batteri agli antibiotici.
3. Visione olistica del paziente, che significa prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurargli continuità di assistenza (dobbiamo sforzarci continuamente di essere ad un tempo specialisti e generalisti).
4. Collaborazione degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale è indispensabile stabilire un rapporto di partenariato: "*Nulla che mi riguardi senza di me*" è il motto del paziente che dobbiamo rispettare (*Maureen Bisognano, Institute of Health Care Improvement, Boston*).
5. Miglioramento. Non è sufficiente fare bene, dobbiamo fare meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti migliorativi. Vi è ampio spazio per migliorare, giacché tutti i sistemi sanitari soffrono di "*overuse, underuse, misuse*" delle prestazioni (uso eccessivo, uso insufficiente, uso improprio).
6. Sicurezza. Il principio moderno di "*Primum non nocere*" significa lavorare quotidianamente per massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzarne i danni, ridurre gli errori in medicina.
7. Onestà, trasparenza, affidabilità, rispetto della dignità personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente.

Altri due principi che alcuni propongono di aggiungere ai 7 sopraelencati sono la *responsabilizzazione* di chi opera in sanità e la *libera scelta* del paziente.

A questi principi il Piano Sanitario Nazionale intende ispirarsi, proponendo azioni concrete e progressive per la loro attuazione, dal momento che è compito dello Stato garantire ai cittadini i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

1.2. Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali

La nuova visione della transizione dalla "sanità" alla "salute" è fondata, in particolare, sui seguenti principi essenziali per il Servizio Sanitario Nazionale, che rappresentano altresì i punti di riferimento per l'evoluzione prospettata:

- il diritto alla salute;
- l'equità all'interno del sistema;

- la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;
- la dignità ed il coinvolgimento "di tutti i cittadini";
- la qualità delle prestazioni;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;
- la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

L'equità negli accessi ai servizi, nell'appropriatezza e nella qualità delle cure è un fondamentale diritto da garantire. Troppo spesso accade che, a parità di gravità ed urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori. In particolare, è necessario ridurre al minimo la mobilità dei pazienti derivante dalla carenza nel territorio di residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

La responsabilizzazione piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni di cura è fondamentale per promuovere concreti percorsi di salvaguardia delle garanzie. In questo senso va sviluppata la piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che discendono dal patto costituzionale, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base delle linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche.

La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti. Il cittadino e la sua salute devono essere al centro del sistema, unitamente al rispetto dei principi etici e bioetici per la tutela della vita, che sono alla base della convivenza sociale.

La qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. E', inoltre, necessario garantire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo la lunghezza delle liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari è un requisito essenziale che deve essere assicurato tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione.

L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali a livello locale è indispensabile così come la collaborazione tra Istituzioni e pazienti e la disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per i pazienti cronici, i malati terminali, i soggetti deboli e coloro che non sono totalmente

autosufficienti; inoltre, è molto rilevante, sotto il profilo sociale, concorrere allo sviluppo di forme di supporto ai familiari dei pazienti.

Lo sviluppo della conoscenza nel settore della salute, attraverso la ricerca biomedica e sanitaria, è fondamentale per vincere le nuove sfide derivanti, in particolare, dalle malattie attualmente non guaribili, attraverso nuove procedure diagnostiche e terapie efficaci.

La sicurezza sanitaria dei cittadini è stata messa in evidenza in tutta la sua importanza anche dai recenti drammatici avvenimenti connessi al terrorismo. La sanità di questi anni non può quindi prescindere dal comprendere tra gli elementi costitutivi della nuova visione quello dello sviluppo di strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché ovviamente di cura degli eventuali danni.

Il raggiungimento di tutti i suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo. Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà. La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali.

A seguire, in questa Parte Prima, si descrivono le linee di pensiero e di azione per l'attuazione dei progetti per la strategia del cambiamento, mentre gli obiettivi generali del Servizio Sanitario Nazionale sono trattati nella Parte seconda.

Parte Prima

I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2.1. Attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa

Il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 è costituito dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

Tale definizione è costruita sui seguenti fondamentali principi:

- il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori;
- le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate;
- l'appropriatezza delle prestazioni è collegata al loro corretto utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione, fatte salve quelle poche considerate non strettamente necessarie;
- gli indicatori di appropriatezza vengono calcolati ai diversi livelli di erogazione del servizio (territorio, Ospedale, ambiente di lavoro) e verificano la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate in termini di bilanciamento qualità-costi.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza costituisce l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria, in quanto per la prima volta si dà seguito all'esigenza, emersa da anni, di garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate e di individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi.

La definizione dei LEA, prima con l'Accordo del 22 novembre 2001 poi con l'adozione degli stessi con il DPCM del 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 6 della legge 405/01 ha definito i confini a carico del SSN utilizzando due concetti principali:

- a. quello di servizi "essenziali", intesi come accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti;
- b. quello delle "liste negative" consistente nell'individuare precisamente ciò che non deve più essere erogato con finanziamenti a carico del SSN.

Il significato innovativo dell'introduzione dei LEA è consistito nell'aver definito i diritti sanitari dei cittadini in modo complessivo e non in termini residuali (anche per questo i LEA non possono essere definiti come livelli minimi) e nell'aver introdotto uno strumento per il governo dell'evoluzione del SSN e non un semplice modo per ridimensionare la spesa.

La messa a punto di tale strumento tuttavia ha portato alla luce alcune aree di complessità tra le quali si ritiene opportuno segnalare le seguenti:

- i. appropriatezza clinico-assistenziale e organizzativa che richiede un processo continuo che va sostenuto sistematicamente da parte del livello centrale, regionale, aziendale e professionale del SSN per gli aspetti di relativa competenza, per migliorare l'impiego delle risorse e la qualità dei servizi, anche in rapporto alla introduzione di nuove tecnologie;

ii) integrazione socio-sanitaria che richiede di individuare ulteriori fonti di finanziamento per le prestazioni che sono state escluse totalmente o parzialmente dai LEA.

La definizione dei livelli di assistenza è un primo importante passo di un percorso che richiede la verifica, sul territorio, dell'effettiva erogazione degli stessi e dei relativi costi, a garanzia dell'equità della tutela della salute sul territorio e dell'efficienza del sistema.

In attuazione dell'accordo in materia di spesa sanitaria, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, è stato istituito, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, cui sono affidati i compiti indicati ai punti 15 degli accordi Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui LEA e lettera a) dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Nel tavolo di monitoraggio e verifica vengono anche definiti specifici criteri di monitoraggio all'interno del sistema di garanzie introdotto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e aggiornamento continuo.

L'accordo del 22 novembre 2001 prevede, inoltre, la costituzione di un organismo nazionale *ad hoc*, cui affidare l'aggiornamento delle prestazioni erogate sotto il profilo tecnico-scientifico, valutando periodicamente quelle da *mantenere, escludere o includere ex novo*, senza alterarne il profilo economico finanziario. Con la legge 15 giugno 2002, n.112, tale organismo è stata individuato ed istituito quale Commissione (C-LEA), per le attività di valutazione in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione ed aggiornamento dei LEA e delle prestazioni in esso contenute.

Con il collegato alla finanziaria 2003 è stata istituita una Commissione unica per i dispositivi medici, cui è affidato un compito di aggiornamento del repertorio dei dispositivi medici e di classificazione dei prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento. Attraverso tale classificazione, anche ad integrazione di quanto previsto dalla normativa comunitaria, si garantirà un omogeneo sistema di caratterizzazione qualitativa di dispositivi medici utilizzabili e si potranno le basi per agevolare iniziative di ottimizzazioni delle procedure di acquisto rispettose delle esigenze di qualità e sicurezza dei prodotti.

Con i tre organismi sopra citati si realizza un organico sistema di garanzia, articolato secondo il seguente schema:

- il Tavolo di monitoraggio garantisce che i costi dei Livelli Essenziali di Assistenza siano costantemente coerenti con le esigenze di mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario, attraverso un costante monitoraggio dell'impatto degli stessi sul territorio e una valutazione delle eventuali criticità del sistema;
- la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (C-LEA), garantisce, a parità di risorse impiegate, che siano effettuati gli indispensabili interventi di manutenzione degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone l'introduzione, la sostituzione o la cancellazione, con le procedure previste dalla normativa vigente;
- la Commissione unica per i dispositivi medici (CUD), garantisce che l'utilizzo dei dispositivi medici

nella varie tipologie di prestazioni sia ispirato a criteri di qualità e sicurezza, assicurando anche la congruità del prezzo.

Nell'ambito dell'accordo sui LEA, particolare importanza riveste la questione della corretta gestione degli accessi e delle attese per le prestazioni sanitarie, sottolineata più volte anche dal Presidente della Repubblica, e anch'essa obiettivo di primaria importanza per il cittadino: il tempo di attesa rappresenta, da un lato, la prima risposta che egli riceve dal sistema e, dall'altro, il fondamentale principio di tutela dei diritti in tema di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio Sanitario.

Il diritto all'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in conseguenza di richieste appropriate, deve essere messo in relazione, per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione della prestazione richiesta e della sua urgenza.

Per contribuire al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture e dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, è stato sottoscritto il recente accordo relativo alle attività di chirurgia di giorno (*day surgery*), che consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini ed una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza.

Gli obiettivi strategici

- disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;
 - costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi;
- diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende Sanitarie in grado di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (*bench-marking* a livello regionale ed aziendale);
 - promuovere i migliori protocolli di appropriatezza che verranno via via sperimentati e validati ai diversi livelli di assistenza;
 - attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute, anche sulla base delle indicazioni presenti nell'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002.

2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili

2.2.1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie

Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili:

- sono aree in progressiva crescita;
- richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;
- necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese;
- hanno una copertura finanziaria insufficiente.

Più che mai si rende necessario, innanzitutto, che si intervenga in sede preventiva; prevenire in questo caso significa rallentare e ritardare l'instaurarsi di condizioni invalidanti, che hanno in comune un progressivo percorso verso la non-autosufficienza e quindi verso la necessità di interventi sociali e sanitari complessi e costosi. Per quanto riguarda i diversi approcci praticabili per la prevenzione, essi sono di diversa natura: prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce di alcuni tipi di tumore), nonché profilassi di particolari malattie. Le Regioni, pienamente responsabili dell'assistenza sanitaria e della relativa spesa, sanno che investire in prevenzione significa risparmiare già nel medio termine; questa consapevolezza induce a ritenere che le misure di prevenzione in questa area avranno in futuro uno sviluppo maggiore che in passato.

Per gli anziani importante è la possibilità di mantenere una vita attiva sia dal punto di vista fisico che intellettuale, in quanto spesso essi tendono ad isolarsi e a trascurare gli stili di vita più appropriati. Le Campagne istituzionali di comunicazione possono essere di grande aiuto anche in tal senso.

L'anziano vive meglio nel proprio domicilio e nel contesto di una famiglia. Spesso, tuttavia, la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano che necessita di cure. E', quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito.

A fronte di un fabbisogno stimato in circa 15 miliardi di €uro per anno, oggi l'Italia spende per l'assistenza sociale circa 6,5 miliardi di €uro. Tutti i Paesi del mondo occidentale hanno avuto il problema di finanziare adeguatamente un settore dell'assistenza che solo 30 anni or sono era di dimensioni insignificanti, ma che ora, con l'allungamento dell'aspettativa media di vita, è in aumento progressivo. Oggi nel Nord Italia quasi il 10% della popolazione ha più di 75 anni (poco meno nel Sud del Paese) e sappiamo che la disabilità in questa fascia di popolazione raggiunge il 30%.

Anche gli altri Paesi europei sono intervenuti a sostegno della non-autosufficienza, con modalità differenti. Tutte le modalità, tuttavia, come ben evidenziato da Costanzo Ranci (2001) nella ricerca "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa", sembrano condividere, pur con accentuazioni ed enfasi diverse, il seguente aspetto: tentare di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura (*cash and care*).

Rispetto ai principali Paesi europei, l'Italia ancora spicca soprattutto per l'assenza di un pensiero e di una proposta forti che affrontino il problema della non-autosufficienza, un problema di dimensione crescente, che tanto disagio provoca a molte persone anziane e disabili e alle loro famiglie.

Occorre puntare pertanto a:

- rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti tramite l'introduzione di meccanismi competitivi;

- attribuire maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi;
- sostenere maggiormente le famiglie che si incaricano dell'assistenza;
- regolarizzare e stimolare la pluralità dell'offerta di servizi;
- sostenere la rete di assistenza informale ed il volontariato;
- sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato;
- attivare sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari.

2.2.2. Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale

Non vi è dubbio che il Servizio Sanitario Nazionale debba prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata).

Le categorie di malati interessate a questo nuovo modello di assistenza sono sempre più numerose: pazienti cronici, anziani non autosufficienti o affetti dalle patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali.

Gli obiettivi di questa assistenza sono la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti, raramente quelle della loro guarigione.

Deve pertanto svilupparsi, nel mondo sanitario, un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

Innanzitutto è indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

A tale scopo i Servizi e le Istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovrà essere, di conseguenza, ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale.

La gestione dei servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato. Per permettere il maggior recupero raggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui è opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Gli obiettivi strategici

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non auto-sufficienza della popolazione;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona;
- il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo;
 - la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
 - il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo;
 - l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.

2.3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Un obiettivo importante da perseguire nell'ambito del diritto alla salute è quello della qualità dell'assistenza sanitaria. E' la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

La qualità in sanità riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.

Per l'aspetto umano, è opportuno che venga misurata anche la qualità percepita da parte dei pazienti, che rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell'utente.

Gli obiettivi strategici

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità;

- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;
- promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;
- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostiche - terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di *bench-marking* sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni.

2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico in ordine di importanza. Questo concetto, ripreso recentemente anche nel Piano Sanitario inglese, è in linea con il pensiero espresso fin dalla metà del secolo scorso da Carlo Cattaneo, grande filosofo ed "economista pubblico". Nonostante gli sforzi compiuti, nessuna delle tre risorse citate è stata ancora valorizzata nella nostra sanità in misura sufficiente.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti.

Solo oggi si comincia in Italia a realizzare un organico programma di aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 è diventata, infatti, realtà l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben più importante, secondo l'accordo del 20 dicembre 2001 con le Regioni, e grazie all'adesione di varie organizzazioni e associazioni, inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la Federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società scientifiche italiane, inizia l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche la rete informatica.

Un personale aggiornato è garanzia, per il malato, di buona qualità delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso, che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività. Ovviamente l'aggiornamento sistematico è solo uno degli strumenti di valorizzazione del personale. Operare in un sistema nel quale vi sia certificazione della qualità è un altro elemento di gratificazione per gli operatori sanitari. Un ulteriore elemento è costituito da un rapporto di lavoro che premi la professionalità ed il merito e liberi il medico da una serie di vincoli e limitazioni per rendere più efficace la sua opera.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie, per le quali si impone la nascita di una nuova "cultura della professione", così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing. Il capitale sociale va inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del non-profit, della comunicazione, dell'etica,

dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata. L'altro punto da valorizzare è il capitale "fisico" del S.S.N.: gli investimenti per l'edilizia ospedaliera e per le attrezzature risalgono per la maggior parte alla Legge 11 marzo 1988 n. 67 e molti dei fondi da allora impegnati non sono ancora stati utilizzati per una serie di difficoltà incontrate sia dallo Stato sia dalle Regioni in fase di progettualità e di realizzazioni. E' necessario provvedere, come per i LEA, ad una manutenzione continua del patrimonio fisico, partendo da un monitoraggio dello stesso perché il sistema possa essere effettivamente competitivo in termini di qualità dell'offerta.

Gli obiettivi strategici

- dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;
- garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari del SSN, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;
- strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;
- alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;
- investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per rapportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati.

2.5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, deve rispondere alla esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in sé i concetti di responsabilità individuale e collettiva, insiti nell'esercizio di ogni attività volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione.

Già nel 1999 (Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229) e nel 2000 (Decreto Ministeriale 5 luglio 2000) ne sono state delineate l'infrastruttura amministrativa, decisionale e politica, ed è stato valorizzato il ruolo sociale della formazione permanente, in una situazione nella quale le iniziative, pur numerose, e prevalentemente di tipo congressuale, erano focalizzate quasi esclusivamente sulla professione medica, interessando le altre professioni dell'area sanitaria solo in maniera frammentaria.

La volontarietà era, del resto, la caratteristica portante di queste iniziative: nonostante il valore spesso molto elevato di alcune di esse, non è sempre stata data sufficiente importanza alla dimensione deontologica della formazione professionale, intesa non solo come un dovere di valorizzazione della propria professionalità e di autoarricchimento, ma anche come una responsabilità forte nei riguardi della

collettività.

L'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito, in maniera positiva, la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1 febbraio 2002, ha affrontato innanzitutto il problema dell'impostazione *ex novo* del sistema della formazione permanente e dell'aggiornamento sia sotto il profilo organizzativo ed amministrativo sia sotto quello della cultura di riferimento, attraverso confronti nazionali e regionali con diversi attori del sistema sanitario: ciò ha portato alla attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal gennaio 2002.

Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi. Il rationale sotteso a questo approccio è evidente: nel momento in cui si afferma la centralità del paziente e muta il contesto dell'assistenza, con la nascita di nuovi protagonisti e con l'emergere di una cultura del diritto alla qualità delle cure, risulta impraticabile la strada di una formazione élitaria, limitata ad una o a poche categorie professionali e diviene obbligo morale la garanzia della qualità professionale estesa trasversalmente a tutti i componenti della équipe sanitaria, una utenza di oltre 800.000 addetti delle diverse professioni sanitarie e tecniche.

In una prospettiva ancora più ampia, la formazione continua potrà diventare uno degli strumenti di garanzia della qualità dell'esercizio professionale, divenendo un momento di sviluppo di una nuova cultura della responsabilità e del giusto riconoscimento della eccellenza professionale.

Partendo dalle premesse culturali e sociali sopra delineate, il programma si pone l'obiettivo di disegnare le linee strategiche della formazione continua, nella quale i contenuti ed i fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali. E ciò è particolarmente significativo per quanto concerne la ripartizione tra obiettivi formativi di rilevanza nazionale, di rilevanza regionale e di libera scelta.

Gli obiettivi nazionali devono discendere, attraverso una intesa tra Ministero della Salute e Regioni, dal presente Piano e stimolare negli operatori una nuova attenzione alle dimensioni della salute -in aggiunta a quelle della malattia-, alla concretezza dei problemi sanitari emergenti ed ai nuovi problemi di natura socio-sanitaria.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle amministrazioni regionali, chiamate ad una azione più capillare legata a situazioni epidemiologiche, sociosanitarie e culturali differenti. Il ruolo delle Regioni, nel campo della formazione sanitaria continua, diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse: elemento di crescita degli operatori sanitari, di loro sensibilizzazione alle realtà, in una parola, di coerenza e di *compliance* della qualità professionale con le specifiche richieste dei cittadini e del territorio.

Infine, gli obiettivi formativi di libera scelta dell'operatore sanitario rappresentano l'elemento eticamente forse più rilevante della nuova formazione permanente: essi, infatti, si richiamano direttamente alla capacità dell'operatore di riconoscere le proprie esigenze formative, ammettere i propri limiti e decidere di colmarli.

Un ulteriore elemento di novità è rappresentato dal coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali. Sotto quest'ultimo profilo, attenzione dovrà essere posta proprio all'armonizzazione tra il sistema formativo italiano e quello europeo, in coerenza con i principi della libera circolazione dei professionisti.

Ancora, le Società Scientifiche dovranno trovare ampia valorizzazione nel sistema della formazione continua, garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia.

Da ormai molti anni la maggior parte delle Società Medico Scientifiche Italiane si è riunita nella Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM), che ha operato per dare agli specialisti italiani un ruolo di interlocuzione con le Istituzioni, inteso primariamente come contributo culturale ed operativo all'identificazione ed allo sviluppo delle attività sanitarie e mediche nel Paese. Oggi le Società Scientifiche hanno trovato pieno riconoscimento del loro ruolo per l'ECM, la cui organizzazione si è così arricchita di risorse culturali ed umane.

Nel sistema che si sta creando, dovrà anche essere dedicata attenzione al mondo della editoria, sia cartacea che on-line, in maniera da garantire che i prodotti immessi in circolazione siano coerenti con le finalità del sistema formativo.

Da ultimo, ma non meno importante, è il coinvolgimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle Aziende Ospedaliere e delle Università nonché delle altre strutture sanitarie pubbliche e private: esse rappresentano la naturale sede della formazione continua, in quanto in grado di offrire quella "formazione in contesto professionale", eminentemente pratica ed operativa, senza la quale la formazione continua rimane un mero esercizio cognitivo, privo di qualsiasi possibilità di ricaduta concreta sulla qualità delle cure.

2.6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere

Per molti anni l'ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

Ancora fino agli anni '70 gli strumenti diagnostici e terapeutici dei medici e degli Ospedali erano relativamente limitati: non esistevano le apparecchiature sofisticate di oggi e quindi non era necessario disporre di superspecialisti. Gli importanti sviluppi intervenuti successivamente, basta citare l'impetuoso affermarsi delle tecnologie sanitarie basate sulle bioimmagini, che ha visto il progressivo diffondersi delle ecografie, TAC, NMR, e PET a fianco della radiologia tradizionale hanno comportato l'*obsolescenza* di costosissime apparecchiature nel giro di pochi anni. Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto. Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici.

Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive.

Solo se si saprà cogliere, con questa ed altre modalità, il cambiamento ed il nuovo che avanza in sanità, se si saprà attuare una buona comunicazione con i cittadini per far loro capire come sia necessario, nel loro interesse, assecondare il cambiamento ed adeguarvisi, se si saprà gestire il servizio pubblico con mentalità imprenditoriale sarà offerta al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità.

E' importante sottolineare che l'Italia recentemente, ha ritenuto strategico il collegamento in rete degli Ospedali di eccellenza e di questi con gli *Ospedali Italiani nel mondo*. Si tratta di oltre 40 strutture distribuite nei vari Continenti, con le quali il collegamento offre potenziali vantaggi in quanto contribuisce a legare le comunità italiane all'estero, ma che ha vantaggi evidenti soprattutto per i Paesi africani dove esistono ben 20 strutture italiane per le quali si può ipotizzare la costruzione di una *rete verticale* anziché orizzontale. *Verticale* nel senso che presso questi Ospedali si può realizzare un teleconsulto e un sistema educativo via rete per l'aggiornamento del personale italiano che, a sua volta, può trasferire queste conoscenze al personale locale, creando in loco le capacità professionali per rendere questi Paesi più autonomi dal punto di vista sanitario.

Gli obiettivi strategici

- sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare Centri avanzati di Eccellenza;
- attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie;
- concordare con le Regioni una metodologia di misura della qualità degli erogatori dei servizi sanitari.

7. . Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio Sanitari

Più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile. Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e pediatri di libera scelta, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Il nuovo piano Sanitario Nazionale, è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio. I problemi economici, le liste di attesa, il sottoutilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale.

Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base, consiglia di recuperare a pieno questa risorsa riportandola al centro della risposta sanitaria e di governo dei percorsi sanitari. Ciò in raccordo con le altre presenze nel territorio.

Questo dovrà uniformarsi con un governo unitario della Sanità nel territorio, espresso nella partecipazione alle scelte di programmazione, che dovrà essere sintonizzato con gli obiettivi di salute della programmazione e quindi premiare la professionalità, la qualità e la quantità di lavoro, nonché un conseguente riconoscimento nel sistema sanitario.

Obiettivo di questo riordino sono:

- la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dei LEA;
- il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;
- un'efficace continuità assistenziale;
- la fornitura di attività specialistiche;
- l'abbattimento delle liste d'attesa;
- la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri;
- la attivazione dei percorsi assistenziali.

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire, l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

E' noto quanto sia importante il coordinamento degli interventi ed a tale scopo individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni.

Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri, oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute.

È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

2.7.bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza

Per quanto attiene al sistema di emergenza-urgenza attivo in Italia, sono state emanate nell'aprile 1996 le Linee Guida che forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle Unità operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA)

di I e II livello. Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

- un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale (118);
- un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;
- una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Relativamente a particolari specialità le Linee Guida sopra citate prevedono l'elaborazione di successivi documenti di approfondimento sulla gestione di tematiche specifiche. Tra queste, le Linee Guida sulla chirurgia e microchirurgia della mano e quelle sul *triage* intraospedaliero sono state approvate dalla Conferenza Stato Regioni e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 2001 mentre quelle sull'Organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 24 giugno 2002.

Il miglioramento dei servizi di urgenza ed emergenza riveste infine un particolare rilievo per le Isole minori e le località montane disagiate, per le quali sono stati previsti specifici interventi sia dall'Accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza sia dalla Legge Finanziaria del 28 dicembre 2001 n. 448. Infatti, mentre l'Accordo garantisce l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli, con particolare riguardo a quelle di emergenza-urgenza, alle popolazioni delle Isole minori e delle comunità montane disagiate, la Legge Finanziaria facilita il reclutamento del personale da impiegare a tale scopo.

Gli obiettivi strategici

- riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione;
- integrazione del territorio con l'Ospedale;
- integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

2.8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

La realizzazione degli obiettivi di salute dipende in larga parte dai risultati della ricerca, in quanto il progresso scientifico contribuisce in maniera determinante alla scoperta di nuove terapie e procedure diagnostiche ed alla individuazione di nuovi procedimenti e di nuove modalità organizzative nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il sostegno della ricerca comporta dei costi, ma determina a lungo termine il vantaggio, anche economico, di ridurre l'incidenza delle malattie, e di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati ci spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Alla luce di tutto questo aver mantenuto la spesa pubblica italiana per la ricerca tra le più basse in Europa, rispetto al prodotto interno lordo nazionale, ha rappresentato un grave danno per il nostro Paese. Da più parti si è elevato a questo proposito il monito che, uscendo dalle difficoltà economiche momentanee, l'Italia debba approntare un piano strategico di rilancio della *ricerca* che inizi con

l'attribuire a questo settore maggiori risorse pubbliche. Tuttavia va anche ricordato che il rilancio della ricerca non dipende solo dalla disponibilità di fondi pubblici.

Per quanto riguarda la ricerca nell'ambito dell'Unione Europea è fondamentale che l'Italia svolga a pieno il ruolo che le spetta nell'ambito del Sesto Programma Quadro (2002-2006) di Azione Comunitaria di Ricerca, Sviluppo Tecnologico e Dimostrazione per la Realizzazione dello Spazio Europeo della Ricerca, dotato di importanti risorse finanziarie. Ciò non solo perché il Programma Quadro contribuirà a modificare nell'arco di cinque anni in modo radicale l'assetto della ricerca in Europa, ma anche perché l'Italia ha il dovere di sviluppare la ricerca a sostegno delle politiche comunitarie e di quelle destinate a rispondere alle esigenze emergenti.

Gli obiettivi strategici

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;
- la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;
- la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni;
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;
- l'attivazione di strumenti di flessibilità e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi;
- l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando modelli già sperimentati negli altri Paesi;
- il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal 6° Programma Quadro Comunitario in tema di ITC, Biotecnologie e nuovi materiali, nano e microtecnologie;
- il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal PNR.

2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita.

a) Oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una *alimentazione non corretta*. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e carenza di iodio. Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio. La strategia di prevenzione deve essere rivolta pertanto all'intera popolazione, presso la quale occorre diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione in termini di nutrienti, di scelta di profili alimentari salutari, ma anche coerenti con le consuetudini, che tengano conto dei fattori culturali e socio economici. L'accento va posto sulla lettura ed utilizzazione della etichettatura nutrizionale, adottata per un numero crescente di alimenti preconfezionati, che può facilitare

scelte idonee ed indurre il settore industriale a migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti prodotti.

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano, a partire dagli anni '70, un significativo incremento di incidenza e prevalenza. I valori attuali di prevalenza in Italia nelle donne di età compresa tra i 12 e i 25 anni (soggetti a rischio) sono i seguenti (dati riguardanti solo le sindromi complete e non i disturbi subclinici): anoressia nervosa 0,3-0,5%; bulimia nervosa 1-3%; altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Un problema che riveste un interesse prioritario è quello della dieta e del sovrappeso, sul quale ha richiamato l'attenzione di recente il Consiglio dei Ministri Europeo e per il quale si rimanda all'apposito capitolo.

Anche su questi temi vanno attuate, a fini di prevenzione, campagne di sensibilizzazione anche nella scuola, nei consultori adolescenziali e presso i medici di medicina generale.

b) Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, *l'attività fisica* riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e psichica degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

- c. Il fenomeno del *tabagismo* è molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualità di vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) o soggetti passivi (non fumatori).

Oggi la comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Infatti è scientificamente dimostrato l'aumento della mortalità nei fumatori rispetto ai non fumatori per molte neoplasie quali ad esempio il tumore del polmone, delle vie aeree superiori (labbra, bocca, faringe e laringe), della vescica e del pancreas.

Il fumo è causa anche di un aumento della mortalità per affezioni cardiovascolari, aneurisma dell'aorta e broncopneumopatie croniche ostruttive.

Si stima che, ad oggi, i fumatori nel mondo siano circa 1 miliardo e 100 mila, 1/3 della popolazione globale sopra i 15 anni e 1/3 di questi siano donne. In Europa sono stati stimati 230 milioni di fumatori, cioè circa il 30% dell'intera popolazione europea.

In Italia, dalle indagini multiscopo dell'Istat risulta che nel 2000 la percentuale di fumatori era pari al 24,1%: il 31,5% della popolazione maschile, il 17,2% della popolazione femminile e ben il 21,3% dei giovani tra i 14 e i 24 anni. I fumatori più accaniti, in termini di numero medio di sigarette fumate al giorno, sono gli uomini con 16 sigarette al giorno contro le 12 delle donne.

Nel nostro Paese nel 1998 si sono verificati 570.000 decessi: il 15% di questi, pari a 84.000 sono stati attribuiti al fumo, 72.000 nella popolazione maschile e 12.000 in quella femminile.

Attualmente il tumore al polmone è la decima causa di morte nel mondo. Alcuni studi predicono che, qualora non si adottino più concrete politiche antifumo, il tumore al polmone sarà nel 2020 tra le prime 5 cause di morte al mondo.

L'analisi della distribuzione percentuale dei fumatori negli ultimi 10 anni (1991-2000), che non mostra diminuzioni significative, ci induce a pensare che le politiche intraprese finora dai vari Governi e supportate anche da Organizzazioni sopranazionali, quali l'OMS, non hanno ottenuto i risultati attesi.

La normativa nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici utilizzata finora, risulta essere limitata ed inefficace nella sua applicazione. Il divieto di fumo, così come regolamentato sostanzialmente dalla Legge n. 584 dell'11 novembre 1975 e dalla direttiva 14 dicembre 1995, non è sufficiente. Questa normativa, nel tentativo di puntualizzare i luoghi ove è vietato fumare e di affidare il rispetto delle norme a responsabili sprovvisti dall'autorità necessaria, ha, di fatto, creato incertezze e difficoltà che hanno vanificato lo sforzo del legislatore.

Un ulteriore sviluppo normativo approvato in via definitiva dal Parlamento il 21 dicembre 2002 prevede l'applicazione del divieto di fumo a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad uso privato e a quelli eventualmente riservati ai fumatori che dovranno essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria per tutelare la salute dei lavoratori addetti.

Gli interventi legislativi, comunque, devono essere coniugati con maggiori e più incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potrà essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

Una campagna indirizzata ai ragazzi di 14 e 15 anni è stata iniziata nelle scuole dal Ministero della Salute e da quello dell'Istruzione, Università e Ricerca scientifica con l'iniziativa denominata "Missione Salute" che si propone di supportare l'educazione alla Salute nelle nostre scuole.

In particolare per i giovani va tenuto conto che si è registrato un abbassamento dell'età in cui questi iniziano a fumare (15 anni) e che il 90% dei fumatori inizia a consumare sigarette prima dei 20 anni. Inoltre, se si considera che l'iniziazione alle sigarette è fortemente influenzata, sia nelle ragazze sia nei ragazzi, da pressioni sociali, da bisogni psicologici, da condizionamenti legati a compagni ed amici e da fattori familiari quali la presenza di genitori che fumano, risulta evidente che un appropriato intervento deve essere perseguito con un adeguato comportamento di coloro che rivestono ruoli percepiti dai ragazzi come carismatici, inclusi i genitori, gli insegnanti, gli operatori sanitari e i *mass media*. Sarà da modificare in particolare il modello proposto nei decenni precedenti che presentava il fumatore come un personaggio emancipato e carismatico; al contrario la nuova politica adottata negli USA, che attribuisce al fumatore un basso livello socio-culturale, è quella che più si avvicina alle realtà e che meglio può contrastare la cultura del secolo scorso.

Essendo scientificamente provata la correlazione tra fumo e patologie del feto, risulta di particolare rilievo l'intervento di sensibilizzazione destinato alle donne in età fertile. Infatti, ad esempio, il deficit congenito di un arto, nel quale una parte o tutto l'arto del feto può non svilupparsi, è doppio nelle donne fumatrici rispetto alle non fumatrici. L'aborto spontaneo, si produce in quasi 4.000 donne su 100.000 che fumano e il rischio di gravidanza ectopica è doppio rispetto alle non fumatrici. I bambini di madri fumatrici pesano alla nascita in media 150-200 grammi in meno. Le donne fumatrici sono più soggette a fenomeni quali la placenta previa, il distacco di placenta, le emorragie gestazionali, la rottura precoce della membrana amniotica, le infezioni del liquido amniotico. Inoltre alcuni studi dimostrano che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) ed in particolare è direttamente proporzionale al consumo di sigarette fumate dalla madre e al numero di sigarette fumate in presenza dei neonati.

d) La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcool è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui (ed i giovani in particolare) che abusano dell'alcool risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sé e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcool agisce come "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso. Benché il consumo di bevande alcoliche in Italia sia andato diminuendo dal 1981, notevoli sforzi devono essere posti in essere per raggiungere gli obiettivi adottati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcool.

Una corretta informazione sui problemi della salute, sulle malattie, e sui comportamenti e le soluzioni più adatte a promuovere lo stato di salute sta alla base di una moderna società del benessere. Molti sono infatti gli strumenti che la scienza e la tecnologia moderna mettono a disposizione della collettività per tutelare le condizioni di vita e di salute. Molti sono anche, peraltro, i fattori di minaccia per la salute, vecchi e nuovi, dall'inquinamento agli errori alimentari, agli abusi di sostanze potenzialmente dannose, alla mancata prevenzione. Anche sostanze innocue come il sale da cucina, se assunto in quantità eccessive possono essere causa di malattie a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Va inoltre sottolineata l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e a *test di screening* consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle età e con i tempi appropriati.

Alcune importanti informazioni di carattere sanitario non sono o sono scarsamente accessibili ai pazienti. Questo è, ad esempio, il caso delle informazioni:

- sulle possibili terapie alternative per particolari malattie;
- sullo sviluppo di alcuni approcci terapeutici;
- sull'esito di alcune sperimentazioni cliniche;
- sulle caratteristiche delle diverse strutture sanitarie e le diverse possibilità di cura;
- sulle modalità di accesso alle cure.

Le informazioni necessarie ai pazienti per orientarsi sulle decisioni in materia di salute dovrebbero essere fornite in modo comprensibile e aggiornato. Benché il ruolo del medico e del farmacista rimanga fondamentale nell'informare i pazienti, è necessario tenere conto del fatto che lo sviluppo della società dell'informazione offre numerosi altri strumenti, ivi incluso Internet, il cui impatto potrebbe essere altamente benefico se opportunamente utilizzati. In effetti, esistono già numerosi siti web che forniscono una varietà di informazioni di carattere sanitario, ma la qualità dell'informazione fornita non è sempre soddisfacente ed, in alcuni casi, è addirittura fuorviante.

Costituisce un obbligo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale quello di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di evitare i rischi, di attuare comportamenti salutari, e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di squilibrio psicofisico e di malattia.

Oltreché all'importanza della informazione sulla salute rivolta ai cittadini, il Servizio Sanitario Nazionale deve prestare attenzione anche alle opportunità dello sviluppo di una corretta comunicazione tra cittadini ed Istituzioni. Fino ad un recente passato il rapporto terapeutico era inteso quasi esclusivamente "a senso

unico", nel quale le informazioni passavano dal medico, o dall'operatore sanitario, al paziente, o ai suoi familiari. In uno stato moderno, nel quale i cittadini possiedono livelli di cultura più elevati, e soprattutto ambiscono a partecipare attivamente ai processi sociali ed economici che li riguardano, la relazione bidirezionale tra operatori e utenti è d'obbligo.

Le Istituzioni sanitarie devono rispondere a numerose istanze sul complesso e articolato tema della salute, moltiplicando in tal modo la quantità dei temi e dei messaggi, che rischiano così di disperdersi in più percorsi di comunicazione, non potendo avere una sufficiente massa critica di risorse.

Si nota inoltre su alcune tematiche di pubblico valore, oggetto in passato di attività comunicazionale, un mancato coordinamento a livello di obiettivi strategici desiderati, o addirittura una sovrapposizione degli sforzi da parte di diversi enti, che anziché creare valore incrementale alla comunicazione rischiano di indirizzare ai cittadini messaggi incoerenti o poco chiari.

L'insieme di queste considerazioni evidenzia la necessità di modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in campo sanitario se si vuole raggiungere risultati significativi su questioni di altissimo impatto.

Gli obiettivi strategici

Occorre orientare l'attività e gli impegni del Servizio Sanitario Nazionale affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Ciò implica la necessità di:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

2.10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

L'uso razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute.

A seguito dell'emanazione della Legge 16 novembre 2001 n. 405, i farmaci rappresentano uno dei settori più avanzati di applicazione del processo di devoluzione di competenze alle Regioni, in un quadro

peraltro di garanzia per tutti i cittadini di accesso ai farmaci essenziali.

L'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

In tale contesto, si inserisce l'invio a tutte le famiglie italiane dell'opuscolo "Pensiamo alla salute. 20 regole per un uso corretto dei farmaci", a cura del Ministero della Salute. Tale iniziativa intende costituire un supporto di conoscenza e di informazione per tutti i cittadini sul corretto ruolo dei farmaci nel contesto della salute, mettendo in relazione l'uso dei medicinali con l'attenzione a stili di vita adeguati.

L'Italia ritiene necessario l'aggiornamento della normativa europea in materia di medicinali e a tal fine si adopererà per mettere a punto nuovi sviluppi basati sulla collaborazione degli stati membri e della Commissione Europea secondo quanto delineato dal gruppo di lavoro ad alto livello su "Innovazione e disponibilità dei medicinali" (cosiddetto gruppo G-10 medicinali) che ha adottato 14 raccomandazioni in materia di politica farmaceutica relative ad innovazione, accessibilità, benchmarking, diritti di informazione dei pazienti ed impatto dell'allargamento dell'U.E..

Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere così definiti:

- offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla citata Legge 405 del 2001;
- attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'ECM;
- rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini;
- promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;
- assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini.

Parte Seconda

Gli obiettivi generali

3. La promozione della salute

L'aumento della longevità in Italia potrà essere conseguito soprattutto attraverso la diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari, la riduzione della mortalità prematura per cancro e una migliore prevenzione degli incidenti e degli infortuni. Sono numerose in Italia, come in altri Stati, le cause di morte che potrebbero essere prevenute da un intervento medico o di salute pubblica appropriato (morti evitabili). Un primo gruppo comprende le malattie per le quali i fattori etiologici sono stati identificati e il cui impatto dovrebbe essere ridotto attraverso idonei programmi di prevenzione primaria. Un secondo gruppo include le malattie neoplastiche la cui diagnosi precoce, unitamente alla terapia adeguata, ha dimostrato di aumentare notevolmente il tasso di sopravvivenza dei pazienti. Un terzo gruppo, più eterogeneo, è formato da malattie associate a condizioni igieniche scarse, quali ad esempio l'epatite virale A, e da altre malattie fortemente influenzate dall'efficienza del sistema sanitario nel provvedere una diagnosi corretta e un tempestivo trattamento appropriato. Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero state in Italia nel 1998 circa 80 mila morti evitabili per il 57,7% mediante la prevenzione primaria, per il 9,9% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte con una migliore assistenza sanitaria. L'incremento del numero delle persone anziane pone la necessità di promuovere la loro partecipazione

alla vita sociale, contrastando l'emarginazione e rafforzando l'integrazione fra politiche sociali e sanitarie al fine di assicurare l'assistenza domiciliare per evitare ogni volta che sia possibile l'istituzionalizzazione.

3.1. Vivere a lungo, vivere bene

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli anni fra il 1983 e il 1993, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le femmine (+13,5%) e di 2 anni per i maschi (+14,5%). Nell'anno 2000 l'aspettativa di vita alla nascita è stata stimata essere pari a 82,4 anni per le donne e a 76,0 anni per gli uomini. Tuttavia, l'aumento della longevità è un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)". I dati disponibili, pur limitati, suggeriscono che l'aspettativa di vita esente da disabilità, sia per i maschi che per le femmine, si avvicini in Italia alla semplice aspettativa di vita maggiormente di quanto non avvenga in altri Paesi.

Secondo gli obiettivi adottati nel 1999 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati europei, ivi inclusa l'Italia, entro l'anno 2020:

- vi dovrebbe essere un aumento, almeno del 20%, dell'aspettativa di vita e di una vita esente da disabilità all'età di 65 anni;
- vi dovrebbe essere un aumento, di almeno il 50%, nella percentuale di persone di 80 anni che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

3.2 Combattere le malattie

3.2.1. Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, per il 31% dovute a patologie ischemiche del cuore e per il 28% ad accidenti cerebrovascolari. Notevoli differenze si registrano in diverse parti d'Italia sia nell'incidenza sia nella mortalità associata a queste malattie.

I principali fattori di rischio a livello individuale e collettivo sono il fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito; la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cardiovascolari.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente. Ciò che resta invariata nel tempo è, invece, la quota di pazienti affetti da infarto miocardio acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi prima di giungere all'osservazione di un medico. Per quanto riguarda l'ictus (circa 110.000 cittadini sono colpiti da ictus ogni anno mentre più di 200.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi), si rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile. E' necessario, quindi, prevedere un percorso integrato di assistenza al malato che renda possibile sia un intervento terapeutico in tempi ristretti per evitare l'instaurarsi di danni permanenti, e dall'altro canto un tempestivo

inserimento del paziente già colpito da ictus in un sistema riabilitativo che riduca l'entità del danno e favorisca il recupero funzionale.

Per contrastare sia le malattie cardiovascolari sia quelle cerebrovascolari, è molto importante intensificare gli sforzi nella direzione della prevenzione primaria e secondaria, attraverso:

- la modificazione dei fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alimentazione errata, ipertensione, diabete mellito;
- il trattamento con i farmaci più appropriati.

E' necessario anche migliorare le attività di sorveglianza degli eventi acuti.

L'obiettivo adottato nel 1999 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli Stati dell'Europa per l'anno 2020 è quello di una riduzione della mortalità cardiovascolare in soggetti al di sotto dei 65 anni di età pari ad almeno il 40%.

3.2.2. I tumori

Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese. Nel 1998 i decessi per tumore sono stati circa 160.000, il 28% circa della mortalità complessiva. Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella.

Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore all'anno.

L'incidenza dei tumori nella popolazione italiana anziana è ancora in aumento, mentre i tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumori 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 geografica del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra Nord e Sud. In entrambi i sessi e per la maggior parte delle singole localizzazioni tumorali ed in particolare per i tumori a maggiore frequenza, il rischio di ammalare è molto superiore al Nord che al Sud del Paese. Nel 1997 i tassi standardizzati per età della mortalità per cancro sono stati per 1.000 abitanti pari a:

uomini: Nord-Ovest: 3,85; Nord-Est: 3,63; Centro: 3,35; Sud e Isole: 3,03;

donne: Nord-Ovest: 1,93; Nord-Est: 1,83; Centro: 1,76; Sud e Isole: 1,57.

La sopravvivenza in presenza della malattia è costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. L'incremento in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei Paesi europei. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati fino al 1994), sono complessivamente del 47% (39% negli uomini e 56% nelle donne). Nel corso di 5 anni, rispetto alle osservazioni precedenti, la sopravvivenza è migliorata del 7% negli uomini e del 6% nelle donne.

La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

