RAPPORTO 2010/ Sotto la lente della Fondazione Smith Kline il mix tra federalismo e Ssn

«Il sistema sia del cittadino»

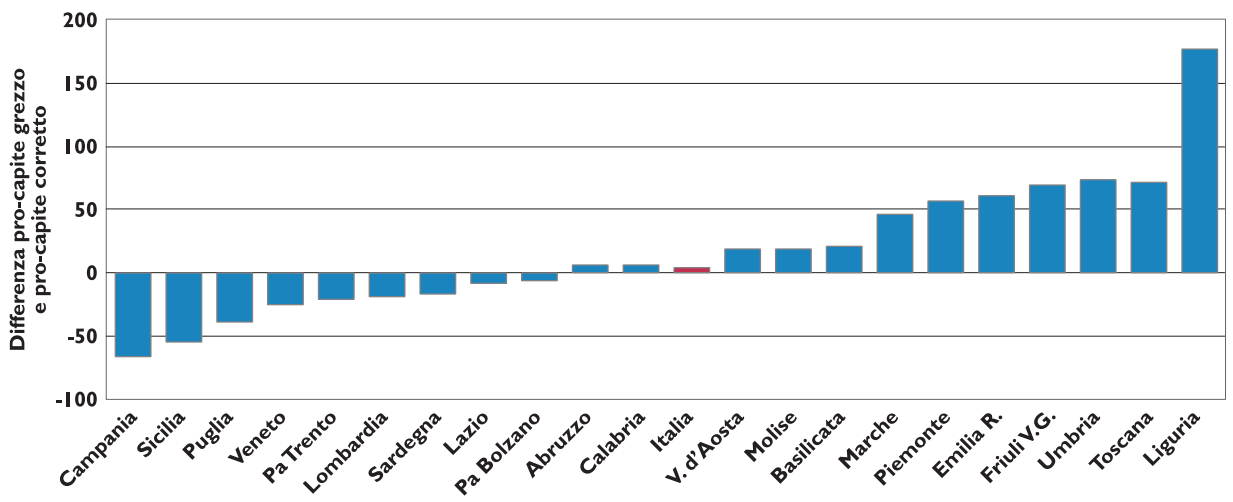
I limiti attuali sono nel rapporto con gli utenti: questa la sfida dei prossimi anni

DI NICOLA FALCITELLI *

Costi standard, quote capitarie estremamente differenziate, fiscalità a macchia di leopardo. E la necessità di riorganizzare un sistema sanitario consolidato negli anni che ora è alle prese con l'emergente federalismo fiscale. Ventuno autori che nelle 286 pagine del «Rapporto Sanità 2010» su «Federalismo e Servizio sanitario nazionale» edito nella collana «Management, economia e politica sanitaria» dalla Società editrice Il Mulino.

Un rapporto difficile tuttavia perché, come documenta il volume, la tendenza alla divaricazione tende ad aumentare non solo per le differenze macroscopiche Nord-Centro-Sud, ma anche per differenze che si riscontrano tra Regioni vicine e con livelli socio-economici comparabili come, a esempio, Lombardia e Piemonte. Per questo il Rapporto sottolinea che chi dovrà costruire un sistema di protezione dei deboli senza tentazioni centralistiche dovrà ricordare che la libertà rispetto a regole burocratiche e lontane impone la "devozione" alla persona che ha bisogno di supporto e rispetto verso la comunità che crede nella relazione di aiuto.

Differenza tra finanziamento a quota capitaria grezza e ponderata (euro)



trasferimento finanziario della spesa sanitaria, per sostituirlo con l'assicurazione di risorse proprie per le Regioni attraverso l'istituzione di tributi regionali, la compartecipazione ai tributi erariali e l'autonomia nell'apposizione di addizionali Irpef»;

- la seconda è caratterizzata dalla riforma del Titolo V della Costituzione e riguarda l'ampliamento dell'autonomia regionale, innovando l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni;

- la terza il consolidamento del "sistema pattizio" tra i due livelli di governo. La sede della programmazione si trasferisce negli accordi Stato-Regioni;

- la quarta è quella che ora interessa e consiste nell'attuazione della legge delega per il federalismo fiscale.

Il percorso fin qui compiuto evidenzia una esperienza di federalismo sedimentata in Sanità in un lungo periodo di tempo, con la quale dovrà necessariamente interagire l'attuazione della legge n. 42, soprattutto per la soluzione di problemi che da essa emergono quali: l'entità e la sufficienza del finanziamento dei Lea; la scelta del criterio di calcolo dei costi standard dei Lea; la esplicitazione del significato del previsto superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento del Ssn, già avviatosi da tempo.

E sul federalismo l'argomento dei costi e dei fabbisogni standard è il tema del momento, ma considerate le difficoltà oggettive per l'individuazione di una formula soddisfacente che possa calcolare detti costi, si suggerisce di introdurre una fascia di oscillazione dei costi standard con un margine di tempo dato per recuperare le inefficienze.

Si deve tener conto, poi, nell'attuazione della legge n. 42, delle ricadute che le norme possono avere sulla erogazione dei servizi e sul rapporto tra diritto alla salute e reale esigibilità dello stesso da parte dei cittadini. Nella legge si riscontra una struttura a maglie troppo larghe per far sì che tali diritti (della salute) possano essere agiti. I decreti attuativi potranno anche riempire spazi vuoti, ma si dovrà aprire a partire da oggi un dibattito sulla evoluzione del federalismo, non solo come decentramento di responsabilità e di governo, ma anche come garanzia dei diritti soggettivi a livello nazionale.

Altro ambito riguarda gli interventi nelle malattie croniche e nei processi di lungassistenza. L'attenzione agli ammalati cronici e agli anziani non autosufficienti dovrebbe essere al centro di ogni sistema perché in queste aree si verificano i casi più gravi di ingiustizia.

La discussione a questo punto non diventa più meramente economica quanto politica e si complica per influenze ideologiche e di schieramento. In questi ultimi anni la spesa sanitaria ha subìto un forte raffreddamento dovuto quasi certamente alla maggiore razionalità dell'impiego delle risorse.

Altro aspetto preso in esame è il sistema organizzativo. Il servizio sanitario è un sistema complesso, ma complessità non vuol dire necessariamente rigidità e, come l'esperienza ha dimostrato, si sono verificati negli ultimi anni cambiamenti e miglioramenti qualitativi legati a un progressivo aumento della dimensione media delle aziende sanitarie Asl e a una corrispondente riduzione del loro numero; allo sviluppo di procedure amministrative e gestionali sempre più affinate che... spingono verso il raggiungimento di economie di scala; alla messa in rete dei presìdi ospedalieri sempre più funzionalmente e clinicamente interdipendenti.

Se esiste un limite mostrato dal nostro sistema sanitario, anche nelle sue punte più qualificate, questo è costituito dal rapporto con il cittadino. Occorre che il cittadino senta proprio il servizio sanitario - non fosse altro perché è finanziato da lui - e, al di là degli esiti delle cure, deve avvertire che il servizio ha preso in carico il suo problema in forme soddisfacenti dal punto di vista del rapporto umano e della qualità e appropriatezza delle prestazioni.

È questo il tema principale che il Ssn dovrà affrontare nei prossimi anni.

** Direttore Centro studi Fondazione Smith Kline*

(stralci dalla presentazione al Rapporto 2010)

ALLA RICERCA DELL'EQUITÀ

Servono criteri di giustizia e protezione

DI MARCO TRABUCCHI *

Potrebbe sembrare un gesto inutilmente conservatore inserire nel commento a un volume sul regionalismo in Sanità i criteri di "giustizia e protezione". Così non è: provo a dimostrarlo.

Oggi nel nostro Paese vi è una tendenza alla divaricazione per quanto riguarda la qualità dei servizi forniti dalla varie Regioni; e non solo per le differenze macroscopiche tra il Nord, il Centro e il Sud, ma anche per le notevoli differenze che si riscontrano tra Regioni vicine e con livelli socio-economici comparabili. Ovviamente queste differenze meritano ognuna uno specifico giudizio, soprattutto sul piano della concretezza delle cose da fare. Infatti ciò che è legato alle condizioni storiche richiede sforzi immensi per essere portato a omogeneità, sforzi che non possono essere limitati all'ambito dell'organizzazione sanitaria, ma coinvolgono la collaborazione di istituzioni diverse (oltre che dei cittadini). Anche ciò che è legato alle scelte politiche potrà essere modificato in senso unitario; ma - fino a un certo livello - non è giusto interferire con le decisioni autonome della politica quando si fondano su serie opzioni culturali e ideologiche. Dove è invece certamente necessario prevedere una maggiore capacità di dialogo - che porti a un'omogeneizzazione dei sistemi - è nelle aree che non dipendono né dalla storia né da scelte politiche, ma solo dalla disponibilità burocratica a decidere assieme come, dove e quando organizzare un nuovo servizio o modificarne uno vecchio.

Alcune condizioni sono da garantire

Partendo da queste considerazioni anche il criterio di giustizia e protezione dovrà essere opportunamente adattato, pur partendo dall'affermazione che alcune condizioni minime devono sempre essere garantite, qualsiasi sia la genesi delle inadeguatezze attuali, perché fanno parte dei doveri pubblici verso i cittadini. In premessa si deve anche affermare che qualsiasi giudizio non potrà essere improntato al pessimismo, perché - nonostante mille difficoltà - si intravedono nelle pieghe della politica, ma anche tra i cittadini e gli operatori, scelte precise perché l'offerta di servizi alle persone in difficoltà possa avvenire al livello più elevato. Certamente nei prossimi anni il "regionalismo negativo" sarà sconfitto dalla forza delle idee e delle volontà di molti, secondo i quali le differenze sono una ricchezza che va posta al servizio del bisogno e non un idolo che determina ogni scelta.

Ciò che è giusto appartiene alla vita umana e chiunque può interferire attraverso i propri atti - in qualsiasi campo - con la vita dell'altro deve attenersi a questo criterio. Ciò vale in particolare per la responsabilità degli operatori, che devono sentirsi in grado di fornire un servizio al massimo delle possibilità di un determinato tempo. Ma vale soprattutto per la politica, che troppo spesso è indotta a scegliere sotto la pressione di valutazioni che nulla hanno a che fare con la giustizia, cioè con la capacità di essere adeguati rispetto a un bisogno sempre più complesso. Un operatore vale per cultura, competenza, sensibilità, esperienza e non per l'appartenenza a un clan (di qualsiasi tipo); se davvero prevalesse il criterio di giustizia non tanto nei riguardi degli stessi operatori, ma del risultato degli atti di cura, che rischiano di essere compromessi da scelte non corrette, non vi sarebbero più queste deviazioni.

Un'altra domanda di fondo riguarda cosa è giusto per il cittadino rispetto alla difesa della salute e quindi deve necessariamente essere fornito da parte di un servizio sanitario universale. In premessa a questa domanda strategica è indispensabile ricordare che il sistema sanitario ha una responsabilità educativa verso i cittadini, cioè deve essere in grado di dimostrare che risponde adeguatamente ai bisogni di salute, contribuendo così alla costruzione di una convivenza ordinata e solidale.

Obblighi educativi al sistema sanitario

Un sistema sanitario deve soprattutto essere capace di protezione, parola antica ma sempre nuova per chi si trova ad affrontare le difficoltà della vita. Protezione vuol dire in particolare la sensazione oggettiva, ma anche soggettiva, delle persone più deboli di sentire su di loro la mano sicura, perché tecnicamente adeguata e umanamente sensibile, del sistema sanitario. Protezione è all'opposto della burocrazia, delle regole non inverate nella realtà di ogni giorno, del rapporto con servizi incentrati solo sulla propria sopravvivenza (peraltro spesso meschina). Protezione è un criterio ampio e generoso per il quale la tecnologia più avanzata viene mediata rispetto alla realtà difficile delle persone fragili e ammalate. È il criterio per cui la sofferenza viene ricercata negli angoli della società e non solo attesa negli androni dei servizi sanitari e di assistenza. Protezione è infine il criterio che vale per ogni persona perché è un cittadino e quindi ha bisogno di essere aiutato a realizzare il criterio stesso di cittadinanza, che non è un'appartenenza retorica o formale. In ogni Regione del nostro Paese.

** Università di Roma Tor Vergata*
Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia
Sezione di Politiche sociali e sanitarie
Fondazione Smith Kline

Carta d'Italia di Sebastian Munster, 1550

Residuo fiscale (valori pro capite in euro) *

Regioni	Pil	Ssn					Residuo fiscale
		Spesa	Entrate				
			Imp. loc.	Imp. naz.	Altre ent.	Totale	
Piemonte	27.279	1.618	660	985	96	1.741	-123
Lombardia	32.314	1.498	899	1.094	73	2.065	-566
Veneto	28.921	1.567	733	997	106	1.835	-269
Liguria	25.539	1.751	531	979	65	1.575	176
Emilia R.	30.818	1.596	766	1.086	109	1.961	-365
Toscana	27.050	1.590	622	978	94	1.694	-104
Umbria	23.632	1.602	479	857	83	1.419	183
Marche	24.716	1.589	581	890	80	1.551	38
Lazio	29.448	1.823	749	1.027	68	1.843	-21
Abruzzo	20.745	1.582	395	723	61	1.178	403
Molise	18.027	1.677	200	652	49	901	776
Campania	16.073	1.565	277	609	48	933	632
Puglia	16.376	1.446	274	623	49	946	500
Basilicata	17.225	1.487	177	569	38	784	703
Calabria	15.818	1.521	148	596	36	780	741
Italia	25.631	1.586	601	906	79	1.586	-

(*) La differenza tra spesa ed entrate è il residuo fiscale: se il valore è negativo la Regione riceve meno in termini di spesa di quanto si sottrae al suo territorio con le imposte
Fonte: Ferrario e Zanardi (2010) dal Rapporto Sanità 2010 Fondazione Smith Kline

CITTADINANZATTIVA

Audit civico: il rapporto coi pazienti non va

Si fanno le dimissioni protette (94% delle unità operative), ma non si riesce a garantire poltrona letto e mensa a chi assiste un malato non autosufficiente (48%), in almeno il 50% dei casi i moduli per la raccolta del consenso informato sull'intervento da eseguire contengono informazioni "mediocri", peggio ancora se l'intervento riguarda un minore. E ancora: le barriere architettoniche continuano a ostacolare l'accesso nel 5% degli ospedali, nel 9% dei poliambulatori, nel 12% dei distretti e nel 27% dei Centri di salute mentale (Csm) e dei Sert. E si continua ancora a dover attendere 335 giorni per un ecodoppler, 220 giorni per una Rmn, 210 giorni per una spirometria, quando secondo la legge ne basterebbero già 60.

Mediocre il consenso informato, pochi si occupano di rischi e dolore

E peggio ancora, della sicurezza e del dolore sono ancora in pochi a occuparsene sul serio: nel 34% degli ospedali non ci sono linee guida scritte che suggeriscano l'aspirazione continua delle secrezioni nella sottoglottide per prevenire la polmonite associata alla ventilazione assistita; in un terzo degli ospedali mancano procedure scritte per la prevenzione delle cadute dei pazienti; nel 10% mancano quelle per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito. E ci sono anche ben 6 ospedali che non hanno tenuto in alcun conto la raccomandazione ministeriale per evitare la dimenticanza di pinze e garze nel corpo dei pazienti e 13 presìdi che non hanno neanche adottato le linee guida per il controllo del dolore.

Sono questi alcuni dei dati più eclatanti contenuti nel VI Rapporto Audit civico realizzato da Cittadinanzattiva e presentato giovedì scorso in un convegno a Roma. Sperimentato a partire dal 2000, sistematizzato in accordo con il ministero della Salute a fine 2007, l'audit civico affida a una équipe mista locale di cittadini volontari e di operatori sanitari designati dalla direzione aziendale il compito di verificare tre aspetti essenziali del rapporto tra pazienti e aziende sanitarie: orientamento ai cittadini, promozione di politiche di particolare rilievo sociale e sanitario (es. risk/pain management), coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali.

Nel corso del 2009 hanno aderito al ciclo nazionale e ai cicli regionali 87 aziende (52 Asl e 35 Ao, 40 del Nord, 27 del Centro e 20 del Sud e Isole), indagando 79 direzioni aziendali, 138 ospedali, 120 distretti, 156 poliambulatori, 99 Csm e 78 Sert. Il profilo che ne emerge è quello di un sistema in cui la cultura della sicurezza non arriva ancora al letto del malato, i rapporti con il cittadino restano ancora un'area critica, l'organizzazione di medici di famiglia e pediatri è tanto critica da suscitare forti resistenze sull'ipotesi di un sistema delle cure primarie su di essi imperniato. Le richieste più urgenti: l'empowerment dei malati cronici; la definizione dei Livelli essenziali di informazione e comunicazione (tra cittadini, professionisti e servizi); la gestione dei conflitti. E soprattutto la costruzione dei piani per la trasparenza previsti dal Dlgs 150/2009, coinvolgendo a esempio i cittadini in operazioni come la verifica della qualità di protesi e ausili o del rispetto dei capitolati d'appalto dei servizi. A patto che la Pa sia pronta a intervenire con le sanzioni là dove ce n'è bisogno.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il primo quotidiano *on line* interamente dedicato al mondo della sanità

Oltre 75.000 contatti nei primi trenta giorni*
*Fonte: Google Analitics

quotidianosanità.it

Scienza, medicina, farmaci, politica nazionale e regionale, economia e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti, documenti, analisi e commenti dal mondo della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì al venerdì, per essere sempre aggiornati e informati.
www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

ACCESSO LIBERO GRATUITO E SENZA LIMITI

UN'INIZIATIVA

Health Communication *editore*