

**Bianchi:** Riequilibrare senza sguarnire **Caiazzo:** Una proposta per la sanità campana **Clini:** Le sfide del sistema sanitario **Correra:** Proposta di creazione della rete neonatale e pediatrica in Campania **Cuccurullo:** Il sistema sanitario campano tra criticità e possibili cure **De Siena:** Realizzare le Case della Salute per iniziare a voltar pagina **Giordano-Paggi:** Un pò più ricchi o molto più poveri? **Mussi:** Una proposta per la salute e l'integrazione socio sanitaria **Triassi:** Come coniugare contingenza economica e qualità nel governo della sanità **Turco:** Nuova Sanità

Periodico di cultura politica anno II n°3 - Novembre 2008

# alfabeto

democratico



## SOMMARIO



**p3 SANITÀ: ORA LA RIFORMA**

**p4 NUOVA SANITÀ - *Livia Turco***

**p7 UN PÒ PIÙ RICCHI O MOLTO PIÙ POVERI?  
*Antonio Giordano/Marco G. Paggi***

**p8 UNA PROPOSTA PER LA SANITÀ CAMPANA - *Michele Caiazzo***

**p13 RIEQUILIBRARE SENZA SGUARNIRE - *Attilio Bianchi***

**p17 LE SFIDE DEL SISTEMA SANITARIO - *Claudio Clinì***

**p19 PROPOSTA DI CREAZIONE DELLA RETE NEONATALE E  
PEDRIATICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE CAMPANIA  
*Antonio Correra***

**p24 IL SISTEMA SANITARIO CAMPANO TRA CRITICITÀ E POSSIBILI  
CURE - *Corrado Cuccurullo***

**p28 REALIZZARE LE CASE DELLA SALUTE PER INIZIARE A VOLTAR  
PAGINA - *Massimo De Siena***

**p30 UNA PROPOSTA PER LA SALUTE E PER L'INTEGRAZIONE  
SOCIO SANITARIA - *Loretta Mussi***

**p41 GOVERNO DELLA SANITÀ COME CONIUGARE CONTINGENZA  
ECONOMICA E QUALITÀ - *Maria Triassi***

## Sanità: ora la riforma

Il concetto di salute ha subito una notevole evoluzione a partire dal secondo dopoguerra: da *status* di non infermità si è passati alla nozione di *status* di completo benessere fisico, mentale e sociale, da non identificarsi solo con l'assenza di malattie. Quest'ultima definizione, fatta propria dall'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (New York, 1948), è stata anche confermata dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, che riconosce ad ogni individuo *"il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia"* (art. 25, comma 1).

Nell'ordinamento italiano tali principi trovano attuazione non solo attraverso la "tutela della salute", ma anche attraverso la "tutela della non salute". Difatti la nostra Costituzione dichiara la salute *"diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività"* (art. 32, comma 1). Contestualmente, essa riconosce ai lavoratori il *"diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"* (art. 38, comma 2). Ciò ha costituito una indubbia conquista democratica se si pensa che, fino a qualche anno prima, l'aspirazione dello Stato ad avere una popolazione sana e numerosa era così fortemente radicata da considerare l'individuo malato o comunque inabile al lavoro come un peso per la società ed ostacolo alla produttività nazionale.

Sull'assetto organizzativo e sulle modalità gestionali del sistema di tutela della salute hanno inciso, negli ultimi anni, una serie di normative che hanno avuto la comune finalità di adeguare il servizio sanitario nazionale al mutato contesto istituzionale, fortemente orientato verso il federalismo sanitario. La volontà del legislatore costituzionale nel mettere mano ad un complessivo sistema di autonomie, caratterizzato da una forte capacità decisionale delle Regioni, ha avuto come risultato la nascita di servizi sanitari regionali che, pur essendo diversificati in risposta alle differenti esigenze dettate dai territori, non sconfessano il principio di uniformità della tutela sanitaria a livello nazionale, garantita da un'unica cornice di insieme rappresentata dal servizio sanitario nazionale. La riforma costituzionale del 2001, infatti, ha attribuito alla competenza esclusiva dello Stato la *"determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali"*, tra i quali rientra il diritto alla salute. Alla legislazione concorrente regionale, invece, ha demandato la *"tutela della salute"*. Questa ultima versione dell'art. 117 della Costituzione, più ampia della formula originaria relativa solo alla *"assistenza sanitaria ed ospedaliera"*, conferisce alle Regioni un più considerevole compito: definire le linee di politica sanitaria, sia pure nel rispetto dei principi enucleati dalle leggi-cornice.

Le Regioni, nel sostanziare le nuove competenze in materia sanitaria, si trovano ora ad affrontare due grandi sfide: il contenimento della spesa sanitaria in relazione alle risorse regionali disponibili e l'adozione di nuove soluzioni organizzative e gestionali.

In Campania il servizio sanitario "consuma" circa il 60% dell'intero bilancio regionale, senza peraltro garantire prestazioni qualitativamente valide, salvo eccezionali e isole di buona sanità. Tutto ciò impone al legislatore regionale una severa azione di rivisitazione dell'organizzazione del servizio che, senza mortificare ulteriormente le aspettative dei cittadini e degli operatori del settore, colga le vere criticità del sistema e vi ponga rimedio.

La nostra Regione ha tentato di avviare un percorso volto al miglioramento del settore sanitario ed alla riduzione degli sprechi attraverso vari interventi: l'istituzione della Società Regionale per la Sanità S.p.A. (So.Re.Sa.), competente, tra l'altro, all'acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie di AA.SS.LL. e AA.OO.; l'adozione del Piano Ospedaliero Regionale per il triennio 2007-2009; l'adozione del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione del servizio sanitario regionale.

Tutto ciò va nella direzione giusta, ma non basta. C'è bisogno, oggi, di un radicale ed organico rinnovamento del sistema sanitario regionale. Occorre una riforma strutturale, una riorganizzazione complessiva. È fondamentale, pertanto, aprire un dibattito che veda protagonisti in primo luogo gli operatori della sanità e dei servizi socio-sanitari, le organizzazioni sindacali, il mondo dell'associazionismo, le forze politiche. È necessaria una discussione aperta e la piena attivazione della pratica della concertazione. Bisogna intervenire sollecitamente e risolutamente nella consapevolezza ognuno delle proprie responsabilità.

La Regione, in particolare, deve essere in grado di esercitare a pieno le proprie funzioni, elaborando e mettendo in atto una riforma radicale e strutturale della sanità, capace di assicurare una risposta valida alla domanda di buona sanità che viene dai cittadini. Dal confronto tra i diversi schieramenti politici devono nascere scelte concrete che non possono incentrarsi solo su tagli e riduzioni dei costi. Dare effettiva attuazione al principio costituzionale della tutela della salute significa puntare alla riqualificazione del settore ed aprire una nuova stagione fondata sul rilancio ed il miglioramento della qualità dei servizi.



## Nuova Sanità

di Livia Turco

Cosa si può fare per riportare il confronto sulla sanità sui corretti binari di una ridefinizione dei modi e delle forme del sistema affinché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini, sotto il segno della qualità e dell'efficienza, senza pregiudicarne i suoi principi e caratteristiche fondamentali di unitarietà, uguaglianza, equità e solidarietà?



Quest'anno si celebrano i trent'anni della riforma sanitaria del 1978. Una riforma che ha creato le basi istituzionali, strutturali e organizzative per dare compiuta risposta alla nostra Costituzione e per rendere realmente accessibile il diritto alla salute a tutti gli italiani. Da Aosta a Palermo. Senza discriminazioni di reddito, di genere o di anagrafe. Il servizio sanitario nazionale scaturito da quella riforma è oggi uno dei pilastri della nostra società e delle stesse convivenza civile. Un fattore di ricchezza sociale che dobbiamo di nuovo imparare ad amare e difendere nello spirito di quanti - società civile, sindacati, forze politiche riformatrici - hanno combattuto in quegli anni per realizzarlo e renderlo una cosa viva, concreta, funzionale. E dobbiamo fare questo soprattutto con uno scopo. Quello di far capire ai cittadini che il "loro" servizio sanitario è pronto per raccogliere le nuove sfide e per avviare quell'indispensabile opera di ammodernamento necessaria per correggere disfunzioni, ritardi e carenze.

L'obiettivo è prima di ogni altro quello dell'unitarietà del sistema. È questa la vera priorità che oggi abbiamo davanti. Portare l'eccellenza, l'efficienza, l'equità e la qualità delle cure in tutto il Paese. Sono da sempre convinta che la tutela della salute dei cittadini sia una responsabilità del "sistema Paese" nel suo complesso.

Il federalismo che vogliamo è quello in grado di aiutare a plasmare al meglio l'offerta di servizi con le diverse realtà territoriali. Ma il federalismo non deve mai diventare elemento di divisione e disuguaglianza, impedendo che "tutto" il sistema cresca e si rinnovi, con pari forza, dignità e potenzialità. Anche per questo penso che l'esperienza maturata nei bienni 2006/2008 di Governo del Centro Sinistra, abbia rappresentato un vero e proprio "laboratorio" per la

gestione dei nuovi rapporti istituzionali, tra Stato centrale e Regioni, scaturiti dalla riforma costituzionale del 2001. In primo luogo attraverso il Patto per la Salute sottoscritto nell'ottobre 2006, con il quale, fin dal titolo, si è voluto evidenziare che si stava aprendo una stagione nuova nei rapporti tra Governo nazionale e Governi regionali. La stagione della condivisione, della concertazione decisionale e operativa. Dopo anni di conflittualità istituzionale, con ripercussioni pesantissime sulla gestione ordinaria e straordinaria della sanità, Governo e Regioni hanno infatti deciso di voltare pagina assumendosi l'impegno e la responsabilità di "governare insieme" il sistema. Affrontando giorno per giorno i singoli problemi sul tappeto, verificando le possibilità, i tempi, le risorse e le capacità reali di incidere sulle disfunzioni e sulle disuguaglianze ancora diffuse nel Paese per quanto concerne il diritto alla salute.

Oggi tutto questo rischia di essere messo seriamente in discussione da una politica incentrata sulla sola dimensione della riduzione della spesa pubblica, senza alcuna visione reale di sviluppo del sistema. Al contrario, come si è chiaramente evidenziato con le recenti esternazioni del presidente del Consiglio sulla privatizzazione degli ospedali e con il Libro Bianco sul Welfare del Ministro Sacconi, si stanno riaffermando, dopo anni, logiche di sostanziale smantellamento del sistema sanitario nazionale pubblico e solidale.

Anche il rapporto con le Regioni sembra sgretolarsi e si è tornati a quel clima di negoziazione quasi esclusivamente economica, con il rischio di far arretrare pesantemente quell'esperienza di "governo condiviso" della sanità che ha funzionato egregiamente negli ultimi due anni. Se pensiamo poi che tale rischio si sta palesando proprio in occasione dell'avvio del confron-

to parlamentare sulla riforma per l'introduzione del federalismo fiscale, che richiederebbe invece grande collaborazione tra tutti i livelli di governo oltre che tra le diverse forze politiche, è evidente che siamo dinanzi ad una possibile frantumazione dello spirito di responsabilità nazionale rispetto alla tutela della salute che non può non preoccuparci. Stiamo infatti ripetendo gli errori di quella tragica "stagione del federalismo di abbandono", che aveva contraddistinto tutti i cinque anni del precedente Governo Berlusconi/Tremonti, della quale paghiamo ancora oggi un costo elevato in termini di difformità dei livelli organizzativi, gestionali e di qualità del sistema sanitario.



E allora cosa si può fare per riportare il confronto sulla sanità sui corretti binari di una ridefinizione dei modi e delle forme del sistema affinché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini, sotto il segno della qualità e dell'efficienza, senza pregiudicarne i suoi principi e caratteristiche fondamentali di unitarietà, uguaglianza, equità e solidarietà?

Se volessimo tracciare una mappa immaginaria del progresso della sanità italiana vi troveremo cinque tappe fondamentali che ne hanno caratterizzato l'evoluzione e che ci pongono oggi di fronte a nuovi traguardi:

- il 1978, con l'istituzione del SSN basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fisca-

lità generale e sull'equità dell'accesso alle prestazioni;

- il 1992, con l'aziendalizzazione del sistema per favorire l'efficienza e la managerialità della gestione;
- il 1999, con la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale;
- il 2001, con la riforma della Costituzione e la previsione della potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni sulle materie concernenti la tutela della salute;
- il 2006, con la sottoscrizione del Patto per la Salute, che ha sancito nuove modalità del governo del sistema ed ha inaugurato la stagione dei Piani di rientro dai disavanzi regionali in una logica di affiancamento tra Stato e Regioni e con la finalità di promuovere efficienza e qualità delle cure quali elementi fondamentali per una gestione appropriata delle risorse.

Oggi abbiamo un nuovo obiettivo da raggiungere, sul quale avevamo avviato un grande lavoro di confronto e dibattito con tutti gli attori e le componenti del sistema: quello della qualità e della sicurezza delle cure in tutte le realtà e dimensioni del SSN.

Un obiettivo trasversale che richiede la ridefinizione del sistema di governo delle aziende sanitarie, creando un ponte tra responsabilità manageriale e responsabilità clinico-assistenziale. Ma anche una maggiore responsabilità decisionale degli operatori sanitari unita alla definizione di nuovi criteri per l'accesso alle funzioni dirigenziali del SSN. E poi, occorre dare l'impulso finale al processo di territorializzazione delle cure e dell'assistenza per offrire risposte nuove ai nuovi bisogni di assistenza dei cittadini. Infine, importantissimo, istituire un nuovo sistema di valutazione della qualità delle cure, anche attraverso una maggiore partecipazione dei cittadini alla verifica dei servizi e degli operatori sanitari.

Per raggiungere questi traguardi il SSN ha senza dubbio la necessità di essere supportato da una serie di interventi, anche di carattere normativo, che riescano a incidere positivamente sul sistema. Affrontando esi-



Oggi abbiamo un nuovo obiettivo da raggiungere: quello della qualità e della sicurezza delle cure in tutte le realtà e dimensioni del SSN. Un obiettivo trasversale che richiede: la ridefinizione del sistema di governo delle aziende sanitarie; una maggiore responsabilità decisionale degli operatori sanitari unita alla definizione di nuovi criteri per l'accesso alle funzioni dirigenziali del SSN; la territorializzazione delle cure e dell'assistenza; l'istituzione di un nuovo sistema di valutazione della qualità delle cure.



genze e domande di assistenza nuove, che sono venute maturando nel tempo. Una tra tutte, quella dell'assistenza alle persone non autosufficienti, che rappresenta ormai una vera emergenza per centinaia di migliaia di famiglie italiane.

Una sfida che personalmente ho avviato durante il mio impegno di Ministro della salute e che oggi intendo portare avanti in Parlamento dai banchi dell'opposizione.

A tal fine ho già presentato un disegno di legge che si colloca in una ben definita cornice di valori: la qualità come riferimento per tutte le azioni e le politiche della salute; la ridefinizione del bisogno di salute; la governance del sistema e la partecipazione dei cittadini; il riconoscimento del valore della competenza e del merito; la cultura della valutazione; la responsabilità di professionisti e cittadini per la tutela della salute come bene comune primario.

Sarà possibile portare avanti queste tematiche? Sarà possibile aprire un confronto costruttivo con l'attuale maggioranza?

Alcuni segnali importanti di attenzione, a dire il vero, ci sono stati. Come l'approvazione bipartisan di una mia proposta per l'istituzione di una Commissione d'inchiesta parlamentare sugli errori in campo sanitario e sulla causa dei disavanzi regionali. Ma è certo che se guardiamo oltre, a quelli che appaiono i veri intendimenti di questo Governo sulla sanità, ho molte preoccupazioni. Prima i tagli al fondo sanitario nazionale con il decreto di luglio che ha ridotto di 5 miliardi e mezzo la dotazione finanziaria di Asl e ospedali per i prossimi tre anni. Poi il taglio di 1 miliardo e duecento milioni agli investimenti in conto capitale per l'ammodernamento della rete sanitaria pubblica. Poi la cancellazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza varati dal Governo Prodi, con il tentativo, al momento stoppato dalla strenua opposizione delle Regioni, di tagliare prestazioni e servizi per 2 miliardi di euro. Infine le citate esternazioni sulla privatizzazione del sistema.

Insomma, l'inizio non è certamente incoraggiante. E denota una gran voglia di "sfasciare" rispetto all'auspicabile volontà di "migliorare". Vediamo ad esempio cosa si cela dietro la chimera della privatizzazione degli ospedali. Il tema del rapporto pubblico-privato in sanità non è nuovo. Sono anni che se ne dibatte senza essere riusciti a compiere effettivi passi avanti. Come ho già avuto modo di dire al ministro Sacconi ribadisco anche oggi al presidente del Consiglio che non siamo certo noi Democratici a paventare l'efficienza e la qualità del privato in sanità (quando ci siano realmente). Il punto è un altro. La sanità è un settore troppo complesso e delicato per pensare di risolverne i problemi con qualche parolina magica. Privatizzare gli ospedali. Ma cosa vuol dire? Si sta forse pensando a tante "cordatine" stile Alitalia alle quali svendere un patrimonio di competenze professionali e tecnologiche fatto di centinaia di ospedali e di decine di migliaia di professionisti, tenendoci i debiti e dando ai privati i profitti?

La sanità è un settore troppo complesso e delicato per pensare di risolverne i problemi con qualche parolina magica. Privatizzare gli ospedali.

Ma cosa vuol dire? Si sta forse pensando a tante "cordatine" stile

Alitalia alle quali svendere un patrimonio di competenze professionali e tecnologiche fatto di centinaia di ospedali e di decine di migliaia di professionisti, tenendoci i debiti e dando ai privati i profitti?

p6

professionisti, tenendoci i debiti e dando ai privati i profitti? Spero proprio di no. E allora ragioniamo su come far sì che i nostri ospedali tornino ad essere quello che dovrebbero essere e cioè dei luoghi per la cura delle patologie acute, dove si fa ricerca e formazione, ben integrati nel sistema sanitario locale e in costante collegamento con i servizi medici territoriali. Non esistono ricette uniche o modelli validi per ogni luogo o realtà. Ma è certo che su alcune linee generali c'è una radicata condivisione. Prima di tutto sulla loro dimensione. Oggi non ha più senso avere tanti piccoli ospedali, occorre che essi siano riconvertiti offrendo ai cittadini di quelle località valide alternative e la certezza di avere comunque facile accesso ad un ospedale rinnovato e moderno.

Nei due anni di governo del centro sinistra abbiamo fatto molto in questa direzione. A cominciare dal riammodernamento strutturale e tecnologico della nostra rete sanitaria. Abbiamo infatti siglato ben 13 accordi di programma con 11 Regioni italiane, per un totale di 1 miliardo e 900 milioni di euro stanziati per la realizzazione di 335 interventi in edilizia e tecnologie sanitarie. Grazie a questi accordi si stanno costruendo 11 nuovi ospedali, se ne amplieranno altri 25 e se ne ristruttureranno altri 194. Parallelamente si è investito sul territorio, avviando oltre 80 interventi di riassetto dei servizi di sanità extraospedaliera nella logica della rete e della risposta ai nuovi bisogni assistenziali. Ma non ci siamo fermati qui. Con le nostre due leggi finanziarie abbiamo infatti stanziato altri 5,5 miliardi di euro ai quali si aggiungono ulteriori 3 miliardi di euro dei fondi strutturali europei destinati ai servizi sanitari del Mezzogiorno. Insomma abbiamo messo sul piatto un totale di poco meno di 10,5 miliardi di euro di investimenti, con l'obiettivo di ridisegnare completamente il contesto, la struttura e la stessa organizzazione operativa della sanità italiana. È stato un grande lavoro di cui si è parlato purtroppo poco ma che consentirà, se non interrotto da questo Governo, di dare agli italiani una rete sanitaria pubblica completamente rinnovata nel giro di pochi anni. Il presidente Berlusconi e i suoi ministri, invece di parlare di project financing con il privato senza sapere che sono già in atto, sarebbe bene si occupassero di gestire gli investimenti che gli abbiamo lasciato in eredità, monitorando la realizzazione delle opere per tenere sotto controllo tempi e costi di attuazione. E se il privato vuole portare il proprio contributo a questa grande opera di ammodernamento del Paese, ben venga se sarà capace di promuovere nuove opportunità e nuove possibilità di tutela e di servizi.

Ma stiamo attenti alle sirene di un privato di per sé efficiente e migliore. Rischieremmo di svendere un patrimonio straordinario, che appartiene a tutti gli italiani, per un'alternativa incerta e pericolosa sul piano della tutela del diritto alla salute. Per tutti, senza distinzioni. In tutta Italia.

# Un pò più ricchi o molto più poveri?

di Antonio Giordano e Marco G. Paggi

Per comprendere la genesi del progetto federalistico della sanità, così come descritto nel decreto 56/2000 sulle disposizioni in materia di federalismo fiscale, è necessario partire dal malcontento dei cittadini italiani, i quali - giustamente - lamentano sprechi, inefficienza, mancanza di meritocrazia, di trasparenza, di uguaglianza, ma più di tutto il grande disavanzo della sanità, quantificato nello 0,5% annuo del PIL.

Senza voler approfondire l'aspetto delle responsabilità di quanti hanno contribuito più o meno consapevolmente a questa situazione, vale la pena evidenziare che la carenza di risorse da parte dello Stato, oltre ad impedire, di fatto, una seria programmazione a lungo termine demotiva, fortemente, gli operatori sanitari che, sempre più spesso, si trovano ad anteporre scelte di natura economica a scelte che prediligano la qualità dell'assistenza stessa. È bene comunque ricordare che, nonostante tutto, il sistema sanitario italiano è internazionalmente ritenuto in grado di elargire prestazioni di altissimo livello a tutte le fasce di popolazione. A noi questo può apparire scontato, ma occorre sottolineare che il faro ideologico dell'occidente, gli Stati Uniti d'America, non può permettersi altrettanto, e che per le fasce di popolazione senza copertura assicurativa, stimate comunque in circa 50 milioni di individui, non esiste praticamente assistenza sanitaria. È inoltre noto che in questo paese un'accentuata filosofia liberista spinge sia le compagnie assicurative che gli erogatori di servizi sanitari, spesso privati, alla ricerca del profitto ad ogni costo, pena la loro stessa sopravvivenza o, quanto meno, il disappunto dei loro azionisti. Come risultato finale, negli USA l'aspettativa di vita di un individuo risulta inferiore a quella stima per un italiano.



Tornando a noi, nel legittimo tentativo di porre rimedio a una spesa senza dubbio onerosa e a un'immagine complessiva sensibilmente in declino, si è giudicato opportuno fare ricorso, anche nella sanità, al principio della responsabilizzazione e dell'autonomia delle Regioni nella gestione delle risorse finanziarie. A far data dal 2001, quindi, è stato attuato il sistema del federalismo fiscale che, abolendo il Fondo Sanitario Nazionale, ha introdotto un meccanismo di compartecipazione ai tributi erariali. L'idea alla base di queste modifiche è che il federalismo fiscale possa agire da catalizzatore nel responsabilizzare le Regioni meno efficienti a migliorare la loro produttività e nell'incentivare contemporaneamente i comportamenti virtuosi. In termini astratti questo invito al miglioramento e all'efficienza appare apprezzabile; tuttavia si deve tenere presente che ci sono Regioni che, per storicità di problematiche, divario oggettivo di condizioni di base, per non parlare di altri noti fenomeni, hanno un percorso tutto in salita. In sostanza, non bisogna ignorare che non si è tutti sulla stessa linea di partenza e che si dovranno considerare i giusti correttivi per non favorire un aumento dei divari già esistenti.

In conseguenza di tanto, il finanziamento delle funzioni non più coperte dai trasferimenti, viene attualmente assicurato da:

- gettito proveniente dalla compartecipazione all'IVA;
- incremento delle aliquote dell'addizionale IRPEF;
- accisa sui carburanti, spettante alle Regioni a statuto ordinario;
- fondo perequativo nazionale.

Considerato che, attualmente, il federalismo fiscale consiste in una legge delega che richiede l'integrazione di decreti attuativi da redigere nei prossimi 24 mesi, non riteniamo a tutt'oggi possibile esprimere un'opinione concreta sulla sua validità.

Preme però precisare che è sicuramente anacronistico avversare a priori un processo evolutivo, quasi "darwiniano", che possa condurre il nostro paese da un'impostazione centralistica della gestione della sanità pubblica a una graduale modifica con indirizzo federalistico e quindi più radicata nel territorio. È però impensabile che l'attuazione da parte del governo di questo progetto di conversione possa prescindere da considerazioni che valutino la peculiare situazione in cui versa il nostro sistema in generale: ciò significherebbe decontestualizzare lo stesso decreto legislativo 56/2000. In sintesi non deve essere persa di vista la dimensione nazionale, l'indirizzo generale che un paese deve seguire rispetto a interessi così importanti, come quello della salute, specie laddove si radica ad un altrettanto importante principio di uguaglianza dei cittadini. Soprattutto non deve avvenire che milioni di persone ammalate siano costrette a migrare dalla Sicilia, dalla Calabria, dalla Basilicata verso strutture ospedaliere del Nord, con costi elevati per la sanità pubblica e per le famiglie, mentre deve essere possibile trovare anche nella propria regione la miglior cura.

A questo proposito, l'attenzione a non determinare sperequazioni tra aree regionali in conseguenza dell'introduzione del federalismo fiscale è quanto mai importante anche nel campo della ricerca biomedica, anch'essa coinvolta nel cambiamento in quanto finanziata anche da fondi regionali. È noto come anche questo settore risenta di un'oggettiva disomogeneità sotto i profili dell'entità dei mezzi e delle risorse dedicate; quindi, dato il notevole impiego di investimenti economici che si rende necessario, si potrebbe determinare una conseguente disomogeneità dell'efficienza, valutata in termini assoluti di risultati e produzione. In questo specifico settore il rischio dell'aumentato divario reca in sé una sorta di ulteriore "effetto paradosso": infatti, come ben noto, la ricerca biomedica in Italia è finanziata solo in maniera limitata dallo Stato o dal sistema pubblico in generale, mentre la parte più consistente dei finanziamenti proviene da agenzie private. Orbene queste entità, determinanti per quanto detto per la sopravvivenza della ricerca italiana, tendono ad indirizzare i fondi verso strutture d'eccellenza, concentrate per lo più in determinate aree geografiche del Nord. Mentre ciò trova una sua giustificazione nella maggiore produttività di strutture già avviate, si corre il rischio di un sempre più marcato scompenso territoriale, con Regioni lasciate sempre più sole, giovani che perdono punti di riferimento territoriali, sia di studio che scientifici. È quindi essenziale, anche sotto questo punto di vista, che le risorse investite nella ricerca siano in grado di trattenere nel nostro Paese le menti dei giovani ricercatori.

Ci auspiciamo inoltre che un cambiamento così profondo venga preceduto dalla re-istituzione del Ministero della salute, per una gestione più specifica e professionale di una materia così a cuore a tutti i cittadini.



# Una proposta per la sanità campana

di Michele Caiazzo



Il dibattito sul servizio sanitario regionale (SSR) in Campania è incentrato, da alcuni mesi, sul rispetto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Campania e i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze.

L'Accordo si pone l'obiettivo della *"riqualificazione e riorganizzazione del SSR in modo da conseguire entro il 2010 la riduzione strutturale del disavanzo, fino a raggiungere l'equilibrio economico finanziario nel rispetto del mantenimento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"*. Tale obiettivo è stato dettagliato in un apposito piano denominato "Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario della regione Campania".

In occasione delle verifiche trimestrali di attuazione del sudetto Piano, l'attenzione dell'opinione pubblica e degli addetti ai lavori si è focalizzata prevalentemente su uno sterile dibattito di natura puramente ragioneristica (quanto e dove tagliare!), piuttosto che su proposte di carattere programmatico. Non a caso il Piano è unanimemente conosciuto solo come Piano di rientro. In altre parole, si è confuso il fine con il mezzo. Il fine è l'equilibrio economico-finanziario garantendo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il mezzo è la riqualificazione e la riorganizzazione del SSR. Ed è soprattutto al mezzo, cioè ad una riforma globale del SSR, che bisogna prestare attenzione.

Invero, la rilevanza data agli aspetti economico-finanziari è legata a due criticità del servizio sanitario campano: 1) l'ammontare del debito pregresso; 2) l'incidenza sempre più crescente della spesa sanitaria sul bilancio regionale. Per quanto attiene al primo

punto c'è da evidenziare che il debito accumulato dalla sanità campana al 31 dicembre 2005 era stato stimato, nel citato Piano di rientro, in 6.914 milioni di euro (circa 7 miliardi di euro!). Per quanto attiene, invece, alla seconda criticità, bisogna sottolineare che il finanziamento del SSR, nell'attuale configurazione, "imprigiona" consistenti risorse del bilancio regionale. Nel solo 2007 l'incidenza della spesa sanitaria sul totale delle somme impegnate dalla Regione è stata pari al 60% (cfr. Tabella 1).

Tabella 1: Incidenza spesa sanitaria su bilancio regionale  
(migliaia di euro)

ANNO	Ambito IV: servizi sociali e sostegno al reddito F. O 15: promozione e tutela della salute			Totale bilancio	Incidenza spesa sanitaria*
	in c/corrente	in c/capitale	Totale		
2004	€ 7.171.949	€ 1.160.438	€ 8.332.387	€ 15.447.050	53,94%
2005	€ 7.745.713	€ 849	€ 7.746.562	€ 14.421.923	53,71%
2006	€ 8.138.234	€ 14.691	€ 8.152.925	€ 18.140.713	44,94%
2007	€ 11.948.266	€ 61.290	€ 12.009.556	€ 20.031.681	59,95%

fonte: Collegio dei Revisori dei Conti, *Relazione al Rendiconto di gestione della Regione Campania, anni 2004, 2005, 2006 e 2007*

\* Incidenza spesa sanitaria = (Totale F.O.15 / Totale Bilancio) X100

Analizzando il sistema sanitario campano emerge con chiarezza che lo squilibrio economico-finanziario è legato soprattutto a due fattori: i penalizzanti criteri di riparto dei finanziamenti del SSN; le notevoli carenze strutturali ed organizzative della sanità campana.

Analizzando il servizio sanitario campano emerge con chiarezza che detto squilibrio economico-finanziario è legato soprattutto a due fattori:

- i penalizzanti criteri di riparto dei finanziamenti del SSN;
- le notevoli carenze strutturali ed organizzative della sanità campana.

Relativamente al primo aspetto, va ricordato che la determinazione delle risorse necessarie al fabbisogno sanitario avviene annualmente attraverso la legge finanziaria. Successivamente all'approvazione di quest'ultima, con un Accordo Stato – Regioni si procede al riparto delle risorse, determinando le quote attribuite alle singole Regioni. Il metodo di

riporto si basa sulla quota base capitaria di risorse, con alcuni "pesi" correttivi per i differenti assorbimenti di risorse. Nell'applicazione del metodo, il principale "peso" correttivo è stato considerato l'età media della popolazione, nella convinzione, errata, che fosse questa la variabile più associata allo stato di salute e al bisogno di assistenza sanitaria della popolazione. Ciò ha prodotto delle enormi disparità nell'allocazione delle risorse tra le varie Regioni, in quanto non ha portato a considerare attentamente tutti i fattori che influenzano i bisogni sanitari di un territorio. Invero, le esigenze legate al fattore salute nel loro complesso, come autorevolmente asserito dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, sono molto condizionate non tanto dal fattore "età" della popolazione, ma dallo stato socio-economico ed ambientale in cui essa vive.

I criteri di riparto finora utilizzati, sottostimando il reale fabbisogno regionale, sono risultati essere fortemente penalizzanti per la nostra Regione che presenta una popolazione relativamente giovane e rilevanti criticità socio-economiche ed ambientali. Basti pensare che nel 2008 la Campania ha ricevuto dal fondo sanitario nazionale solo 1.594 euro pro capite rispetto ad una media di 1.653 euro (cfr. Tabella 2). Parte consistente del disavanzo accumulato dalla Regione Campania è dovuto anche a tale ingiusta ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.



Tabella 2: Ripartizione Pro Capite Fondo Sanitario Nazionale (anno 2006)						
Regione	Popolazione (%)	Pro capite 2003 (Valori in Euro)	Pro capite 2004 (Valori in Euro)	Pro capite 2005 (Valori in Euro)	Pro capite 2006 (Valori in Euro)	Pro capite 2008 (Valori in Euro)
Piemonte	7,42	1.365	1.419	1.544	1.651	1.729
Valle d'Aosta	0,21	1.346	1.397	1.522	1.574	1.725
Lombardia	15,77	1.307	1.358	1.495	1.583	1.676
Bolzano	0,8	1.259	1.306	1.428	1.520	1.705
Trento	0,83	1.293	1.342	1.490	1.552	1.679
Veneto	7,85	1.306	1.357	1.499	1.577	1.666
Friuli Venezia Giulia	2,05	1.366	1.419	1.557	1.600	1.734
Liguria	2,8	1.444	1.500	1.613	1.778	1.873
Emilia Romagna	6,93	1.391	1.446	1.586	1.655	1.759
Toscana	6,13	1.391	1.445	1.577	1.664	1.743
Umbria	1,45	1.393	1.447	1.580	1.664	1.758
Marche	2,54	1.371	1.425	1.568	1.641	1.724
Lazio	9,17	1.299	1.350	1.464	1.577	1.684
Abruzzo	2,22	1.345	1.397	1.521	1.600	1.680
Molise	0,57	1.355	1.407	1.513	1.627	1.676
<b>Campania</b>	<b>10</b>	<b>1.216</b>	<b>1.264</b>	<b>1.377</b>	<b>1.536</b>	<b>1.594</b>
Puglia	7,06	1.247	1.295	1.408	1.565	1.626
Basilicata	1,05	1.300	1.351	1.461	1.627	1.662
Calabria	3,53	1.272	1.322	1.428	1.601	1.637
Sicilia	8,78	1.264	1.313	1.422	1.545	1.605
Sardegna	2,85	1.262	1.310	1.430	1.563	1.653

fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute

Per quanto attiene al secondo fattore, bisogna evidenziare che i servizi di prevenzione, benché nominalmente istituiti, non sono stati riempiti di contenuti tali da qualificarne le diverse aree di intervento. I servizi di assistenza territoriale, deputati a fornire prestazioni a "bassa intensità" non hanno raggiunto i necessari livelli di efficienza. Le strutture ospedaliere, che dovrebbero occuparsi delle emergenze urgenze e delle prestazioni ad "alta intensità", sono costrette a far fronte anche alle prestazioni non garantite dai servizi territoriali. Esse devono, inoltre, affrontare notevoli problemi legati alla sottodotazione tecnologica, alle scarse risorse finanziarie, al preca-

riato. Senza contare, poi, che non vi è alcuna integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali per cui non è possibile parlare di percorsi diagnostici o terapeutici guidati ed il cittadino è costretto ad intraprendere individualmente qualsivoglia percorso assistenziale.

Analizziamo qualche dato.

Si parla tanto della necessità di tagli di posti letto nelle strutture ospedaliere, ma in Campania non ve ne è un eccesso ma solo una distribuzione non funzionale. Dalla tabella che segue, infatti, emerge che la percentuale relativa al numero dei posti letto nelle



Occorre intervenire sulla sanità campana in modo organico e strutturale. Solo modificando radicalmente il modello organizzativo e gestionale della sanità campana è possibile coniugare gli obiettivi di tutela della salute e di equilibrio economico-finanziario.

strutture di ricovero pubbliche è pari a 2,6 per 1.000 abitanti. Valore inferiore di un punto percentuale rispetto alla media nazionale (3,6 per 1.000 abitanti). Nelle strutture di ricovero accreditate la percentuale è pari a 1,1 posti letto per 1.000 abitanti, appena lo 0,2 in più della media nazionale (cfr. Tabella 3).

Per quanto attiene, invece, alle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali campane, la percentuale è pari a 50 posti per 100.000 abitanti. Valore di gran lunga inferiore alla media nazionale che è pari a 373 per 100.000 abitanti (cfr. Tabella 4).

Altro dato interessante riguarda l'attività di pronto soccorso. Si rileva che in Campania il numero di accessi ad esso per 1.000 abitanti è pari a 472 (valore di gran lunga superiore alla media nazionale, pari a 409 accessi per 1.000 abitanti), mentre la percentuale di ricoveri sugli accessi dal pronto soccorso è pari al 16,5% (cfr. Tabella 5). Si nota, pertanto, che si affollano i pronto soccorso, "distrarrendoli", tra l'altro, dal loro vero ruolo, vale a dire il trattamento delle emergenze-urgenze.

Questi sono solo alcuni esempi. Altri ancora potrebbero essere fatti. Ma già alla luce di essi emerge con chiarezza che occorre intervenire sulla sanità campana in modo organico e strutturale. Solo modificando radicalmente il modello organizzativo e gestionale della Sanità Campana è possibile coniugare gli obiettivi di tutela della salute e di equilibrio economico-finanziario. Bisogna avere la consapevolezza che limitarsi ad adottare una politica di tagli e riduzione dei costi, se pur necessaria e obbligata, avrebbe effetti di corto respiro.

Una concreta ed incisiva riforma della sanità campana deve andare, pertanto, oltre le previsioni del Piano di rientro. La riorganizzazione e la riqualificazione del SSR sono gli unici mezzi per conseguire l'equilibrio economico-finanziario della spesa sanitaria, necessario nell'attuale contesto di forti vincoli di bilancio della spesa pubblica e per dare una risposta efficace alla necessità di tutela della salute, fine ultimo del servizio sanitario stesso.

In tale ottica, allora, posto che l'applicazione di un piano di rientro è necessaria e doverosa per "mettere in ordine" i conti della sanità campana, occorre un più organico "disegno riformatore" che consenta, tra l'altro, un corretto utilizzo delle risorse disponibili ed il reinvestimento delle risorse recuperate per aumentare la qualità complessiva del servizio sanitario.

Considerare il SSR non come spesa ma come risorsa su cui investire per capitalizzarne il valore, non solo garantirebbe ai cittadini la salvaguardia del proprio diritto alla tutela della salute, ma valorizzerebbe le molteplici e variegate professionalità operanti nella sanità campana, accrescendo l'efficienza del servizio sanitario stesso.

Già nel luglio 2007 ho presentato in Consiglio Regionale una proposta di legge in tal senso<sup>1</sup> attualmente all'esame della competente Commissione consiliare, che potrebbe costituire un punto di partenza per avviare un fruttuoso

<sup>1</sup> Il disegno di legge "Misure di riorganizzazione del sistema sanitario della regione Campania" è consultabile sul sito [www.michelecaiazzo.it](http://www.michelecaiazzo.it)

La riorganizzazione e la riqualificazione del SSR sono gli unici mezzi per conseguire l'equilibrio economico-finanziario della spesa sanitaria, necessario nell'attuale contesto di forti vincoli di bilancio della spesa pubblica e per dare una risposta efficace alla necessità di tutela della salute, fine ultimo del sistema sanitario stesso.

Tabella 3: Posti letto per 1000 abitanti nelle strutture di ricovero pubbliche e accreditate (anno 2006)

Regione	Strutture di ricovero pubbliche	Strutture di ricovero accreditate	Regione	Strutture di ricovero pubbliche	Strutture di ricovero accreditate
Piemonte	3,5	0,9	Marche	3,6	0,7
Valle d'Aosta	4,0	74,0	Lazio	4,0	1,7
Lombardia	3,7	1,9	Abruzzo	4,1	1,0
Bolzano	4,0	0,7	Molise	5,1	0,7
Trento	4,1	0,9	<b>Campania</b>	<b>2,6</b>	<b>1,1</b>
Veneto	4,0	0,3	Puglia	3,4	0,6
Friuli Venezia Giulia	3,9	0,5	Basilicata	3,8	0,1
Liguria	4,5	0,1	Calabria	2,9	1,7
Emilia Romagna	3,9	0,9	Sicilia	3,3	0,9
Toscana	3,7	0,6	Sardegna	3,9	1,0
Umbria	3,6	0,3	<b>Italia</b>	<b>3,6</b>	<b>0,9</b>

fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN, anno 2006*

Tabella 4: Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali (anno 2006)

Regione	Numero posti in totale	Numero posti per 100.000 abitanti	Regione	Numero posti in totale	Numero posti per 100.000 abitanti
Piemonte	23.670	545	Marche	2.253	147
Valle d'Aosta	92	74	Lazio	7.067	133
Lombardia	72.664	767	Abruzzo	2.637	202
Bolzano	2.120	439	Molise	78	24
Trento	4.454	886	<b>Campania</b>	<b>2.890</b>	<b>50</b>
Veneto	37.695	796	Puglia	3.250	80
Friuli Venezia Giulia	7.420	614	Basilicata	589	99
Liguria	3.582	222	Calabria	2.032	101
Emilia Romagna	26.015	621	Sicilia	2.959	59
Toscana	13.175	364	Sardegna	1.834	111
Umbria	2.627	303	<b>Italia</b>	<b>219.103</b>	<b>373</b>

fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN, anno 2006*

Tabella 5: Attività di pronto soccorso (anno 2006)

Regione	n° di accessi per 1.000 abitanti	% di ricoveri	Regione	n° di accessi per 1.000 abitanti	% di ricoveri
Piemonte	395	10,6	Marche	362	4,9
Valle d'Aosta	412	15,2	Lazio	432	20,2
Lombardia	395	14,5	Abruzzo	438	22,8
Bolzano	500	16,2	Molise	529	39,2
Trento	471	10,3	<b>Campania</b>	<b>472</b>	<b>16,5</b>
Veneto	435	14,1	Puglia	366	25,8
Friuli Venezia Giulia	351	16,1	Basilicata	292	24,9
Liguria	435	15,9	Calabria	437	24,3
Emilia Romagna	424	14,4	Sicilia	452	18,2
Toscana	324	13,4	Sardegna	258	20,8
Umbria	421	14,9	<b>Italia</b>	<b>409</b>	<b>16,9</b>

fonte: Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN, anno 2006*

dibattito sulla ormai improcrastinabile riforma del SSR campano.

La proposta, che interviene su cinque principali criticità del servizio sanitario campano in prosieguo analizzate, è ispirata a due principi di fondo:

- assicurare ai cittadini una continuità ed una integrazione tra servizi assistenziali ed ospedalieri, che realizzzi la "presa in carica" dei pazienti, accompagnandoli lungo l'intero percorso terapeutico-assistenziale;
- liberare le aziende sanitarie locali (AA.SS.LL.) e le



aziende ospedaliere (AA.OO.) da tutte quelle incombenze non immediatamente riconducibili alla "cura" dei pazienti.

### 1. Servizi territoriali e socio-assistenziali e servizi ospedalieri

In linea generale, non è possibile contenere la spesa sanitaria e allo stesso tempo garantire una elevata qualità assistenziale se non passando per la deospedalizzazione ed il potenziamento dell'offerta socio-assistenziale territoriale. In Campania il numero dei posti letto è al di sotto della media nazionale; tuttavia l'affollamento dei pronto soccorso e delle corsie ospedaliere sottrae posti letto al trattamento delle emergenze-urgenze e delle acuzie. Occorre, pertanto, potenziare i servizi territoriali e socio-assistenziali. La riqualificazione dell'offerta ospedaliera, attraverso la riconfigurazione della rete, la riorganizzazione dei dipartimenti, l'accorpamento delle unità operative, la specializzazione dei presidi ospedalieri, va necessariamente e contestualmente accompagnata con la realizzazione e/o il potenziamento delle strutture territoriali e socio-assistenziali, quali Ospedali di Comunità, Residenze Sanitarie Assistenziali, Case della Salute. Tali strutture libererebbero gli ospedali da post-acuzie, lungodegenze, prevenzione delle complicanze, recupero dell'autonomia e da tutti quei casi in cui si ricorre all'ospedale perché in esso si identifica l'unico soggetto capace di "prendere in cura" il paziente. La realizzazione delle strutture territoriali e socio-assistenziali a partire dalla riconversione dei posti letto ospedalieri costituirebbe, inoltre, una rassicurazione per tutte quelle comunità locali che temono, perdendo l'ospedale sotto casa, di essere non adeguatamente tutelate nel loro diritto alla salute.

Un ulteriore ambito in cui intervenire attiene alla separazione delle funzioni di "acquirente" e di "fornitore" delle prestazioni ospedaliere. Allo stato attuale, in Campania operano, accanto alle 8 AA.OO., ben 51

presidi ospedalieri gestiti direttamente dalle 13 AA.SS.LL. Occorrerebbe privare le aziende sanitarie della gestione diretta dei presidi ospedalieri ed attribuire loro la funzione di programmazione e gestione dei servizi territoriali e socio-assistenziali nonché di acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie. L'erogazione dell'assistenza ospedaliera verrebbe, quindi, assicurata sia dalle Aziende ospedaliere, a cui sarebbe attribuita la gestione dei presidi ospedalieri pubblici, sia dalle strutture private accreditate, in un sistema non concorrenziale ma di rete.

### 2. AA.SS.LL. e Distretti sanitari

In Campania operano 13 AA.SS.LL., articolate in 115 distretti sanitari. Un numero così elevato di strutture rappresenta una notevole criticità per il servizio sanitario regionale. In tal modo, infatti, non solo si generano costi enormi di gestione, particolarismi e frammentazioni non più sostenibili, ma si danneggia la qualità complessiva dell'offerta sanitaria. L'accorpamento, per aree omogenee e per dimensione, di distretti sanitari e AA.SS.LL. consentirebbe di ridurre i costi di processo e di creare maggiori sinergie tra le numerose professionalità del servizio sanitario ora parcellizzate tra le varie strutture.

### 3. Acquisti di beni e servizi

Gli acquisti di beni e servizi rappresentano una delle principali voci di costo della spesa sanitaria campana. Nel bilancio consuntivo 2007 della sanità campana questa voce incide per il 22% (cfr. Grafico 1), collocandosi subito dopo le voci "personale" (ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) e "Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi" (medicina di base; farmaceutica convenzionata; assistenza da enti pubblici; assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera esterna).

La Regione Campania ha affidato (legge regionale n. 24/2005) la titolarità in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e delle attrezzature sani-

Considerare il SSR non come spesa ma come risorsa su cui investire per capitalizzarne il valore, non solo garantirebbe ai cittadini la salvaguardia del proprio diritto alla tutela della salute, ma valorizzerebbe le molteplici e variegate professionalità operanti nella sanità campana, accrescendo l'efficienza del servizio sanitario stesso.

arie di AA.SS.LL. e AA.OO. alla Società Regionale per la Sanità (So.Re.Sa.). Successivamente (delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007) è stata attribuita alla stessa anche l'esclusiva dell'acquisto dei servizi non sanitari.

Con la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi si è individuato un unico soggetto appaltante, So.Re.Sa., in luogo delle 25 stazioni appaltanti prima esistenti: 13 aziende sanitarie locali, 8 aziende ospedaliere, 2 aziende ospedaliero-universitarie, 2 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Ciò ha consentito ad oggi una notevole riduzione dei costi derivante sia dall'accresciuta forza contrattuale dovuta alla maggiore quantità di beni oggetto delle procedure di appalto sia dai risparmi relativi ai costi di processo.

Dall'espletamento delle tre gare effettuate dalla So.Re.Sa. su vaccini, farmaci ed emoderivati si è ottenuto, infatti, un risparmio su base annua di circa 55 milioni di euro sui prezzi unitari e oltre 3,2 milioni di euro relativamente ai costi di processo.

Complessivamente sulle tre gare considerate il risparmio complessivo, al termine del periodo di fornitura, sarà di oltre 166 milioni di euro, pari a – 11% sul valore storico dei lotti aggiudicati.

La So.Re.Sa., inoltre, ha stimato per le gare da esprimere nel corso del 2008 risparmi che oscillano su base annua tra i 32 (wrost case) ed i 58 (best case) milioni di euro.

Occorre pertanto accelerare il processo di centralizzazione degli acquisti rafforzando e qualificando ulteriormente l'attività della So.Re.Sa.

Alla luce delle funzioni già esercitate dall'ARSAN, potrebbero essere attribuite alla stessa le competenze in materia di progettazione, realizzazione e manutenzione straordinaria dell'edilizia sanitaria pubblica: AA.OO., presidi ospedalieri, Ospedali di Comunità, Case della Salute, Residenze Socio Assistenziali, etc.

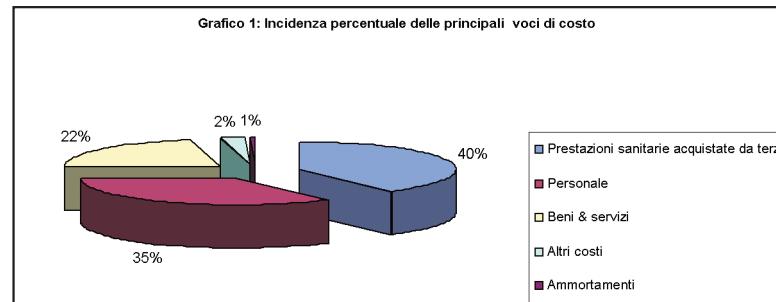
Oltre ai vantaggi prima evidenziati (maggiore efficienza), l'attribuzione ad un unico soggetto delle funzioni in materia di edilizia sanitaria consentirebbe anche un più efficace monitoraggio, da parte degli organismi di controllo politico e dell'opinione pubblica, sull'utilizzo dei fondi destinati all'edilizia sanitaria dal bilancio regionale e dalle leggi nazionali.

## 5. Integrazione e cooperazione tra strutture del SSR

L'integrazione e la cooperazione tra strutture territoriali, socio-sanitarie ed ospedaliere del SSR costituiscono la più efficace risposta all'esigenza dei cittadini di sentirsi "presi in cura" e tutelati nel loro diritto alla salute. Esse valorizzerebbero la multidisciplinarietà, l'interazione professionale e la continuità delle cure rispetto alla separazione di funzioni e di specialità.

Un primo punto di partenza può essere la connessione tra le varie strutture sanitarie, pubbliche e accreditate, territoriali, socio-sanitarie e ospedaliere. Un tale sistema altamente integrato consente al cittadino di avere puntuali informazioni sulle erogazioni delle prestazioni e alle strutture sanitarie di condividere banche dati di interesse sanitario. Si otterrebbe, quindi, un uso più efficiente delle risorse ed il superamento di modelli caratterizzati dall'eccesso di offerta in alcuni servizi e carenza in altri.

Questi sono solo alcuni punti da cui poter iniziare una riflessione organica sul servizio sanitario regionale. La riorganizzazione della sanità richiede, però, anche l'affermarsi di un nuovo protagonismo degli operatori senza il quale non sarà possibile realizzare una riforma veramente efficiente. Una riforma valida, infatti, si può avere solo se è "la Sanità a cambiare la Sanità" e se si procede ad un recupero progressivo del concetto di paziente inteso come persona.



## 4. Edilizia sanitaria

Come per gli acquisti di beni e servizi, occorre centralizzare anche le funzioni in materia di progettazione, realizzazione e manutenzione straordinaria dell'edilizia sanitaria.

In questo modo:

- si liberano le AA.OO. e le AA.SS.LL. da incombenze non direttamente riconducibili alla loro *mission* istituzionale;
- si realizzano economie di scala nei costi di processo, attualmente legati al funzionamento di 25 stazioni appaltanti;
- si garantisce uniformità nel livello tecnologico e di albergaggio delle strutture sanitarie.

La Regione Campania ha già istituito (legge regionale n. 25/1993) presso l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN) un nucleo incaricato di valutare la conformità di massima della progettazione di opere di edilizia sanitaria alla normativa vigente e alla programmazione sanitaria nazionale, nonché di accertare l'impiego ottimale delle risorse disponibili.

Risultano, pertanto fondamentali la "personalizzazione degli interventi" nonché ospedali "a misura d'uomo", in modo da rendere la degenza in ospedale meno traumatizzante e più rispettosa del diritto del singolo, sia esso bambino o adulto.

Da recenti studi è emerso che in Campania le esperienze di umanizzazione, specie nel settore pediatrico, non sono molto diffuse.

Il tutto, spesso, si riduce ad una umanizzazione della struttura senza la realizzazione di percorsi operativi umanizzati. In questo senso, il valore aggiunto di un progetto di umanizzazione non risiede soltanto nei miglioramenti realizzati nella struttura, quanto piuttosto nello sforzo di un cambiamento culturale, orientato alla realizzazione di un servizio diretto sempre più alla persona ed ai suoi bisogni, attraverso la formazione di personale specializzato ed una comunicazione più costante tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di cura.

La riorganizzazione della sanità richiede anche l'affermarsi di un nuovo protagonismo degli operatori senza il quale non sarà possibile realizzare una riforma veramente efficiente. Una riforma valida, infatti, si può avere solo se è "la Sanità a cambiare la Sanità" e se si procede ad un recupero progressivo del concetto di paziente inteso come persona.

# Riequilibrare senza sguarnire

di Attilio Bianchi

L'analisi della situazione sanitaria campana attuale mostra che i problemi sembrano riconducibili... ad un insufficiente livello di coordinamento tecnico-professionale ed alla mancanza di un effettivo sistema a rete.

L'analisi d'insieme della situazione sanitaria campana attuale mostra, in estrema sintesi, che i problemi sembrano riconducibili a tre principali aspetti, fra loro strettamente embricati:

- a) problemi di assetto, legati al portato di un assetto e di un approccio programmatico, organizzativo e gestionale storico eccessivamente frammentato e localistico, una ipertrofia dei segmenti medio-bassi dell'offerta, ed un iposviluppo, per lo più, dei segmenti più elevati;
- b) problemi di risorse, legati alla non sostenibilità finanziaria degli squilibri di assetto ed alle ridondanze già richiamate nonché alle carenze, che conseguentemente ne derivano, presenti in alcuni settori particolari in cui si evidenziano squilibri del rapporto domanda-offerta, dei quali la mobilità

- passiva rappresenta il sintomo parossistico;
- c) problemi di funzionamento, connessi:
  - all'equità delle condizioni di accessibilità e fruibilità, riferita a categorie di cittadini ed ai diversi territori;
  - a frequenti disomogeneità dei profili di trattamento e dei percorsi dell'utenza adottati da strutture omologhe sulle medesime problematiche di salute;
  - a disfunzioni di rapporto tra settore ospedaliero e settore territoriale nel cui ambito si viene a collocare il particolare ruolo di snodo della medicina generale e della specialistica ambulatoriale;
  - a disfunzioni di rapporto orizzontale e verticale all'interno del settore fra soggetti e specialità coinvolte nella gestione di problematiche di salute ad elevata complessità.

In altri termini, ad un insufficiente livello di coordinamento tecnico-professionale ed alla mancanza di un effettivo sistema a rete costantemente in grado di assumere in cura e di prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute. Dunque, un "sistema" che non è compiutamente tale ed una "rete" solo episodicamente riconoscibile.

Riteniamo utile a questo punto sollevare un dibattito sugli assetti e le configurazioni di sistema, provando ad offrire un contributo e al tempo stesso alimentare un pensiero forte sulle strategie del cambiamento.

## LE LOGICHE COMPETITIVE

Le traiettorie competitive, descritte e suggerite dal 229/99 forse non sono più in grado di garantire compatibilità: le aziende sanitarie della riforma ter, che competono tra loro sulle risorse, non appartengono più in alcun modo quasi a nessuno dei teoremi regionali in essere, anche se questo approccio logico si palesa all'interno di modalità più o meno esplicite o compiute.

Quello che ormai cinque anni fa poteva apparire una riforma fortemente innovativa, un autentico laboratorio nazionale, la Azienda Sanitaria Unica Regionale, contesto operativo della Regione nella quale ho operato per circa diciotto mesi (le Marche, n.d.r.), risulta nella realtà un approccio che, sotto forme diverse, sta interessando un po' tutto il panorama sanitario nazionale. La Regione Piemonte ha ridisegnato i confini delle proprie Aziende, allargandoli profondamente, la Toscana con le Aree Vaste aveva già percorso i tempi dell'allargamento del perimetro logico della azioni, nel Molise funziona la Azienda Unica, l'Emilia Romagna ha solo completato il percorso con Bologna, essendo la gran parte delle sue Aziende già di respiro provinciale e, ultime solo in ordine di tempo la Regione Puglia e la Regione Calabria, hanno individuato come provinciale il perimetro istituzionale delle precedenti aziende sanitarie; ma non solo: la logica di Centrali Uniche di Acquisto, di Centri Servizi



Condivisi, di Unione d'Acquisto e/o Consorzi Interaziendali su prodotti specifici hanno accompagnato, quando non preceduto, tali cambiamenti degli assetti istituzionali.

Il fattore unificante, rispetto a scelte che sembrano comunque differenziate, è assolutamente lo stesso: il superamento del modello competitivo tra le aziende, al fine di approdare per varie rotte ad un modello cooperativo di collaborazione. John Nash, l'insigne matematico la cui storia abbiamo tutti potuto conoscere nel film "a beautiful mind", ha vinto il nobel negli anni '90 sulla collaborazione competitiva/competizione collaborativa; tutte le aziende private attivano infatti sinergie di mercato di ogni tipo per

gionale ci dissangua mentre siamo occupati a farci la concorrenza all'interno.

Dobbiamo per questo superare il modello competitivo, ed attivare traiettorie di collaborazione su prospettive poliscalari, superando altresì il concetto di esaustività aziendale nei processi sia sanitari che amministrativi. Il compasso che oltre 10 anni fa ha disegnato le Aziende va rimodulato nella prospettiva in cui vanno allargati i confini delle AA.SS.LL.



Dobbiamo superare il modello competitivo, ed attivare traiettorie di collaborazione su prospettive poliscalari, superando altresì il concetto di esaustività aziendale nei processi sia sanitari che amministrativi. Il compasso che oltre 10 anni fa ha disegnato le Aziende va rimodulato nella prospettiva in cui vanno allargati i confini delle AA.SS.LL.

p14

affrontare le criticità sulle risorse sempre e comunque limitate per tutti, mentre in sanità rischiamo di restare ultimi a vivere la sfida del management come competizione tra le aziende territoriali, tra loro e poi con le ospedaliere, ed il privato accreditato: un po' come quei giapponesi sull'isoletta del pacifico a cui nessuno aveva ancora detto che la guerra era finita da tempo. Ci rincorriamo per questo sulla mobilità passiva interaziendale, sprecando le già scarse risorse che abbiamo per farci una inutile concorrenza nell'incrementare i volumi di produzione, senza presidiarne la appropriatezza ma semplicemente per intercettare i consumi; ed intanto la mobilità interre-

essere capace di garantire i LEA non in ogni suo punto di erogazione, ma come processo di sistema su scala regionale: l'equità sta nel fatto che tutti i cittadini possano accedere con le medesime possibilità, non che tutti abbiano tutto in ogni luogo.

#### IL BACINO ASSISTENZIALE OMOGENEO

Gli attuali sistemi d'offerta sanitaria ed i piani programmati che li sottendono risolvono nella costruzione di "RETI" l'azione di reengineering, evocando il termine rete quale soluzione taumaturgica e omnicomprensiva; quello di cui dobbiamo far presto a renderci conto è che la rete esiste già, ma assolutamen-

te non governata nelle sue logiche di interazione, poco visibile e scarsamente riconoscibile: qualsiasi azione infatti che venga oggi attivata a livello del territorio ha la propria ricaduta, positiva o negativa, misurata o meno, sull'ospedale; così le modalità di trattamento degli utenti in ospedale generano effetti sul territorio; il sistema si mette automaticamente in vibrazione in qualsiasi suo punto venga posta in essere una azione appropriata/non appropriata: pertanto è necessario da un lato assumerne consapevolezza, dall'altro attivare comportamenti coerenti. Il problema non è tanto agire su logiche incrementalistiche dei sistemi di offerta, quanto mettere in coerenza quello che c'è, costruendo sinergie e persegundo

prova il vistoso interscambio di utenza che si verifica tra territori contigui e talora anche fra realtà più lontane. Per contro, se si utilizza invece come base di analisi una scala interaziendale, corrispondente alla logica di area vasta, si può riscontrare come a questo livello di bacino le dinamiche di interscambio trovino un maggior equilibrio. È come dire che l'utenza ospedaliera ha già superato le logiche localistiche e municipalistiche e che queste dunque sono esclusivamente riconducibili a dinamiche autoreferenziali, per lo più interne al sistema, ignorate spesso nei fatti dai cittadini.

Risulta, in tale prospettiva, utile ridefinire il ruolo dei presidi interni alle AA.SS.LL., ed il conseguente raccordo con le Aziende Ospedaliere: il modello può incorporare nelle AA.OO. gli Ospedali attualmente interni alle AA.SS.LL. in un rivisitato perimetro logico e gestionale delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie, e vanno comunque presidiati i processi di integrazione Ospedale-Territorio che in un modello a separazione pura rischierebbero di offuscarsi, nonché attivate sinergie d'area vasta, allargando il perimetro dell'esaurività fino a configurare bacini assistenziali omogenei - che possono diventare la via campana alla sostenibilità - adatti, per massa critica dei problemi da affrontare e risorse da consumare, a meglio interpretare i vincoli della sostenibilità. La costituzione dei Dipartimenti Interaziendali Integrati può sostenere ulteriormente il processo: il compasso logico che racchiude al suo interno le soluzioni assistenziali complete per ciascun specifico percorso non tocca per ogni processo i medesimi presidi, invece si articola sulle varie strutture, non privilegiando più la casualità dell'offerta entro cui forzare la modalità di risposta, né determinando necessità incrementalistiche di erogazione, bensì contemplando dinamici bacini omogenei, a geometria variabile, che si rielaborano sulla problematica da affrontare, configurando ciascun presidio inserito in virtuosi circuiti differenziati di sinergia, traduzione questa più autenticamente innovativa del sistema a rete, che privilegia il raccordo tra le maglie, piuttosto che focalizzare sui nodi i focus erogativi: e questo approccio consente anche di presidiare la differenziazione tra territori a forte urbanizzazione e territori a urbanizzazione dispersa. È appena il caso di precisare che i meccanismi di remunerazione e di finanziamento devono poi essere coerenti col modello al fine di non dicotomizzare le convenienze economiche con le opzioni strategiche.

Non è necessario che l'Azienda sia unica; né è per forza il livello provinciale - data anche la estrema variabilità dimensionale delle nostre province - a garantire contenitori logici adeguati; è necessario che unica sia la cornice di riferimento rispetto alla tipologia di scelte da operare e di opzioni da attivare.

#### L'OSPEDALE E IL TERRITORIO

Intanto forse il termine stesso di ospedale non è più in grado di contenere la variabilità estrema di articolazioni che vanno da Strutture di 80 posti letto a Strutture che ne hanno in dotazione fino a oltre 10 volte tanto, con assolute differenze di assetto e complessità organizzativa, oltre che di intensità sanitaria reale e/o potenziale, e costi collegati.

La tenuta del posizionamento strategico del sistema ospedaliero impone scelte capaci di coniugare le incomprensibili priorità di sviluppo - innovazione tecnologica in primo luogo - con i vincoli legati alle risorse: piuttosto che cadere di nuovo nella trappola della dicotomia "sviluppo solo in presenza di risorse aggiuntive", vanno ricercate logiche gestionali che,



l'appropriatezza. Il sistema che immaginiamo disegna il continuum sinergico tra le attività ad alta ed altissima specialità ed intensità, fino all'intervento assistenziale a bassa o nulla intensità sanitaria, azione tipica del sociale, individuando sottosistemi che devono interpretare i propri ruoli in una logica di frammenti di coerenza dentro un percorso e non pretendendo risposte uniesauritive, autoreferenziali e autonome rispetto a quello che avviene prima e dopo. Gli studi sui flussi ci consentono inoltre di verificare come l'utenza ha ormai superato la logica aziendale quale confine entro cui cercare le soluzioni per i propri problemi assistenziali; ne è ampia

Il problema non è tanto agire su logiche incrementalistiche dei sistemi di offerta, quanto mettere in coerenza quello che c'è, costruendo sinergie e persegundo l'appropriatezza. Il sistema che immaginiamo disegna il continuum sinergico tra le attività ad alta ed altissima specialità ed intensità, fino all'intervento assistenziale a bassa o nulla intensità sanitaria.

agendo sulle sinergie interne, generano valore liberando risorse. Da un lato i processi informativi - raccordo con la medicina del territorio, cartella clinica informatizzata, fascicolo sanitario - rendono, presidiata la dimensione della privacy, lo scambio globale delle informazioni sul paziente valore aggiunto del profilo assistenziale; l'evoluzione della telemedicina, i Ris Pacs per la diagnostica per immagini, i sistemi di rete per i laboratori analisi garantiscono la possibilità di reinterpretazioni organizzative sicuramente foriere di minor impatto sui consumi, soprattutto per la riorganizzazione qual/quantitativa possibile del personale, e la conseguente, positiva ricaduta sui consumi di beni e servizi.

L'incremento del perimetro logico delle Aziende Ospedaliere con i Presidi attualmente interni alle Aziende Territoriali ha profondamente senso nella definizione di percorsi a integrazione verticale, e deve cercare valore aggiunto nel presidiare i percorsi di integrazione orizzontale con i territori di riferimento, attivando dimissioni protette, processi di pre-ospedalizzazione, in raccordo con le componenti territoriali dell'assistenza.

Il problema dell'emergenza inquadra inoltre un profilo decisivo nell'organizzazione dei sistemi sanitari avanzati: ridefinire la sede, la quantità e la composi-

zione delle Postazioni 118, ripensare le postazioni di continuità assistenziale sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo - essendo queste state individuate secondo mera logica incrementale - il raccordo tra queste aree e i Dipartimenti di Emergenza Ospedalieri, deve condurre ad un evoluto sistema che ragiona e si articola centrando su prospettive cliniche che sostengono approcci gestionali: alla casualità del responder va contrapposta la logica di processi di rete condivisi: la rete dello stroke, la rete del trauma, la Rete dell'acuzia cardiologica, le emergenze pediatriche: per ciascuna va implementato un profilo condiviso, che assume il carattere di protocollo, ma di cui non va disegnato soltanto, come troppo spesso avviene, il percorso unidirezionale verso l'ambito di cura a più elevata intensità assistenziale, ma vengono altresì definiti anche i processi di "rientro", al fine di garantire lo "scarico" ad esempio delle rianimazioni e/o dei punti a maggior tasso assistenziale, al fine di poter garantire continuamente la disponibilità del sistema.

Un ragionamento a parte merita il rapporto con la medicina generale e la specialistica ambulatoriale, che deve rappresentare lo snodo fondamentale del cambiamento. Territorializzazione, decongestione dei nostri pronti soccorso, liberazione delle risorse e delle capacità dei nostri ospedali passa per il rinnovato rapporto con i medici di famiglia e le aree specialistiche del territorio: gestire il rapporto come valenza di sinergia e non di contrapposizione, all'interno di logiche di sistema, può garantire le gambe necessarie a tali declinazioni di intenti; tralasciare questa leva decisiva equivale a privarsi di una leva decisiva nella gestione del cambiamento. Il rapporto non può essere che tra pari, non impositivo ma collaborativo, non orientato a pure scelte di tipo censorio ma sinergico.

E lo scenario del *welfare community*, l'integrazione sociosanitaria, declina profonde coerenze nei sistemi a geometria variabile, laddove i bisogni complessi trovano soluzioni che spesso travalicano i confini normativi di una attuale singola ASL. Sono pertanto da supportare logiche di *Health Impact Assessment*, per cui gli obiettivi di politica sanitaria e sociale devono essere perseguiti attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti delle comunità locali: istituzionali, sindacali, di volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del mondo produttivo. La concertazione è non solo una traiettoria di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sanitarie e sociali, ma soprattutto la condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nei territori, da investire nei tragliardi definiti dalla programmazione tenendo in debito conto l'importanza del Terzo settore come spazio sociale tra istituzione e mercato.

E concludiamo con una osservazione: il mondo del privato, intendo il privato nella sua accezione più ampia, che spesso ci viene rappresentato come l'oasi ed il regno dell'agire manageriale, può liberamente intervenire sulla propria offerta, e può soltanto cercare di orientare la domanda sui propri prodotti; in sanità abbiamo l'incredibile opportunità manageriale di poter governare sia la domanda che l'offerta, anzi di poter intervenire sui meccanismi stessi di formazione della domanda e di configurazione dell'offerta: eppure rischiamo sempre di non farcela a starci dentro.

Se pertanto davvero si investe nel cambiamento strutturale e logico del sistema, le strutture sanitarie, che vogliono essere Aziende, potranno comunque trovare la possibilità di diventarlo.



Piuttosto che cadere di nuovo nella trappola della dicotomia "sviluppo solo in presenza di risorse aggiuntive", vanno ricercate logiche gestionali che, agendo sulle sinergie interne, generano valore liberando risorse.

# Le sfide del sistema sanitario

di Claudio Clinì



I cambiamenti in corso nella società contemporanea sono caratterizzati dalla frammentarietà nella rappresentazione del reale e da una permanente transitarietà. Queste trasformazioni sociologiche, intrise di velocità, superficialità, tecnicismo esasperato, astrazioni semplificanti e commercializzazione spinta, sembrano rappresentare una fase della modernità da taluni vista coincidere con la sua decadenza.

Nel contempo, in campo filosofico e scientifico si fanno strada tendenze orientate alla rinnovata attenzione ai contesti locali e alla pratica, alla molteplicità dei punti di vista, dei metodi e degli approcci, e alla tolleranza per l'incertezza e la sorpresa.

Il mutamento di prospettiva epistemologica è espresso dal concetto di complessità che riassume in sé lo spirito del tempo e la portata dei cambiamenti in corso nella cultura e nella società, al punto che l'espressione è divenuta un modo di dire diffuso sia nel linguaggio comune che nel gergo tecnico di diverse discipline scientifiche. La complessità rappresenta l'irriducibilità della realtà al determinismo e al riduzionismo dell'approccio scientifico tradizionale. È in questo quadro che l'attenzione della scienza si orienta verso i fenomeni collettivi emergenti, verso i comportamenti di gruppo, verso la dimensione sociale, essendo poco rappresentative le singole individualità astratte dall'ambiente di riferimento.

In tema di politica sanitaria e di organizzazione dei servizi sanitari si mettono in luce i limiti derivanti dal riduzionismo aziendalistico che ha caratterizzato le riforme sanitarie negli ultimi decenni, improntate alla separazione delle funzioni di committenza/erogazione e ai meccanismi di "quasi mercato" per il finanziamento delle attività sanitarie. In Italia, si rivaluta l'importanza della responsabilità sociale delle Aziende Sanitarie per liberarle dal giogo efficientista, se ne ridefiniscono assetti e confini per integrarne funzioni e attività, e per meglio utilizzare le risorse disponibili.

Si antepone l'integrazione a rete e la cooperazione

tra erogatori alla competizione tra loro, e si ricercano modelli organizzativi che valorizzano la multidisciplinarietà, l'integrazione professionale e la continuità delle cure rispetto alla separazione di funzioni e di specialità. È tenendo presente questo quadro di riferimento che le recenti esperienze internazionali di modelli assistenziali integrati, dal punto di vista pubblico-privato come in Catalogna, o dei livelli assistenziali e dei percorsi clinici, come quello del Kaiser Permanent in California, possono rappresentare utili riferimenti al fine di introdurre elementi di cambiamento nel Sistema Sanitario regionale, garantendo, comunque, il carattere universalistico e i principi di equità e di solidarietà.

Va ricordato, inoltre, come i cittadini/utenti si trovino spesso in una situazione di incertezza e di asimmetria informativa rispetto agli erogatori di prestazioni sanitarie. Questi agiscono sia come fornitori di informazioni, indicando quali servizi sono loro necessari, sia come erogatori di questi stessi servizi. Questa asimmetria informativa rinforza il potere di monopolio dei professionisti. Se da un lato è dunque necessario agire sul versante della domanda favorendo la competenza del cittadino e delle comunità, dall'altro è inevitabile istituire meccanismi di governo e di regolazione dell'offerta in grado di corrispondere ai reali bisogni dei cittadini.

D'altra parte l'intero sistema sanitario, anche nelle regioni virtuose è di fatto ad un punto di svolta. Svolta che non si dovrebbe limitare ai pur necessari interventi di programmazione e regolamentazione dell'offerta, in grado di assicurare benefici di breve respiro e, quasi sempre, meramente economici, quanto, piuttosto, verso una pianificazione basata sui bisogni di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, consentendo così risposte in grado di armonizzare i diversi momenti assistenziali e di garantire la qualità e l'informazione per mezzo dei percorsi clinici integrati.

Il superamento del modello aziendalistico deve quindi essere orientato a individuare le più efficaci forme

Il superamento del modello aziendalistico deve essere orientato a individuare le più efficaci forme di cooperazione tra le varie tipologie di soggetti erogatori e di integrazione delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio.

di cooperazione tra le varie tipologie di soggetti erogatori e di integrazione delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio, pur mantenendo forme di razionale incentivazione basate sull'efficacia e sull'appropriatezza dei servizi offerti.

Le esperienze nazionali e internazionali indicano come la rivisitazione del concetto di prevenzione, delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo delle cure intermedie e l'integrazione dei livelli assistenziali possa consentire di rimodellare il ruolo degli ospedali per acuti con benefici sia in termini di salute della popolazione che di utilizzo efficiente delle risorse. Tali mutamenti appaiono necessari per fronteggiare la sfida che l'invecchiamento progressivo della popolazione e le malattie croniche pongono al sistema sanitario.

Per tradurre questi principi nella pratica occorre porsi in una prospettiva di cambiamento, in cui il governo della domanda e il governo dell'offerta, separati dal punto di vista amministrativo, permettano di garantire responsabilità, autonomia e integrazione nel sistema sanitario da una parte e l'empowerment dei cittadini dall'altra.

Alle AA.SS.LL. va affidato il governo della domanda, ovvero l'orientamento dei cittadini verso le prestazioni sanitarie e la definizione delle prestazioni accessibili, acquistabili, appropriate e di buona qualità, nonché il governo della prevenzione. In questa funzione va compreso il supporto tecnico per tutti gli organismi extrasanitari le cui politiche incidono sulla salute dei cittadini (Sindaco, Enti locali, rete produttiva, ecc..).

Le Aziende Ospedaliere devono, a loro volta, relazionarsi in un sistema a rete con gli altri ospedali, pubblici e privati accreditati, compresi nel territorio di riferimento, modulando così l'erogazione delle prestazioni a seconda di una domanda governata da un altro soggetto giuridico.

Le AA.SS.LL. hanno strumenti di regolazione del sistema sia dal punto di vista della generazione della domanda, sia dal punto di vista amministrativo-valuatorio, sia infine dal lato tecnico attraverso i medici di medicina generale.

Le Aziende Ospedaliere dovranno modulare la loro offerta modificando funzioni fonte di inefficacia e inefficienza, integrando attività e organizzazioni per fornire una risposta adeguata alle esigenze e che realizzzi economie di scala. In questo senso l'Azienda Ospedaliere dovrà provvedere a dotarsi di una rete organizzata con strutture che rappresentino un primo livello e strutture che rappresentino l'alta specializzazione.

La sfida è, infine, resa più ardua da altri fenomeni che spingono verso un aumento della spesa in sanità; fenomeni che non possono essere ascrivibili

solo ad inappropriatezza, sprechi, inefficienze o pressioni economiche dell'industria o degli erogatori, ma bensì legati ai progressi delle tecnologie e delle conoscenze in termini di terapie e prevenzione:

- le biotecnologie, che pongono nuovi problemi nelle pratiche terapeutiche dove al miglioramento degli esiti si affianca l'aumento dei costi. Al momento l'utilizzo di questi farmaci è ridotto a un numero di pazienti relativamente limitato, ma si affacciano già utilizzi su patologie ben più diffuse. Ciò metterà il servizio sanitario di fronte alla difficile situazione di non poter offrire sempre la terapia sicuramente più efficace, ma quella più costo-efficace, ovvero quella che avrà un costo per anno di vita guadagnato che i decisori riterranno accettabile. Nel campo delle terapie questo è uno scenario inedito. Fino ad ora questo approccio è stato utilizzato, e poco, solo in prevenzione, perché il SSR ha offerto e offre le cure più efficaci indipendentemente dal costo;
- il limite di demarcazione fra malattia e salute è sfumato in un continuum che include una definizione quantitativa di benessere psicofisico (definizione OMS). In questo panorama definire quanti individui necessitino di interventi o terapie da parte del Sistema Sanitario diventa complesso e può aprire a scenari in cui la prevalenza di persone definite malate si amplia notevolmente. Se, ad esempio, si considerano i farmaci biologici, e in questo caso il paradigma è la farmacoprevenzione dell'aterosclerosi e le terapie dell'ipertensione, si ha che il progressivo abbassamento delle soglie di colesterolemia porta a definire una grossa fetta della popolazione "sana" come target di questo trattamento.

L'insieme di questi fattori rischia di aprire una crisi sostanziale di risorse e funzioni dell'intero sistema sanitario, che dovrebbe porsi oggi il problema di definire la popolazione bersaglio, stante il fatto che interviene, il servizio sanitario, solo su alcuni aspetti del processo di salute più complessivo, essendone altri già spostati su altri livelli di risposta e responsabilità (basti pensare alla Legge 626 sulla sicurezza nei luoghi di lavoro). Questo intreccio tra funzioni e risorse dovrebbe orientare la scelta verso il governo, l'ingresso e l'utilizzo delle nuove tecnologie, cercando di massimizzare i benefici che possono essere ottenuti con le risorse a disposizione, nella consapevolezza che un sistema di sanità pubblica ha come obiettivo evitare che le disuguaglianze sociali diventino disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni appropriate.



# Proposta di creazione della rete neonatale e pediatrica ospedaliera nella Regione Campania

di Antonio Correra

**Manca ancora un sistema organizzato di assistenza ospedaliera pediatrica... È indispensabile quindi un forte e nuovo progetto di riorganizzazione dell'area pediatrica neonatologica ospedaliera.**

Pur essendo la regione Campania una regione ancora giovane, in cui la natalità è ancora elevata, manca ancora un sistema organizzato di assistenza ospedaliera pediatrica. Tutto questo si evince nel piano ospedaliero regionale 2006 - 2008 (POR) in cui la pediatria e la neonatologia sono praticamente ignorate. Il POR dedica poche pagine alla neonatologia (con la ostetricia) e solo mezza pagina alla emergenza pediatrica. Qualche rigo su alcune specialità pediatriche (cardiologia, nefrologia, oncologia) inserite nelle specialità per adulti.

A tutto questo si deve aggiungere che il governo nazionale con il piano di rientro della spesa ha imposto una politica più oculata delle risorse per la Regione Campania, che è tradotta con il blocco del turn-over di medici e di infermieri e conseguenti gravi carenze di personale.

È indispensabile trasformare questa necessità finanziaria in una opportunità organizzativa, per ridisegnare l'assistenza ospedaliera, soprattutto dirigendo il

L'elaborazione di nuovi schemi organizzativi in grado di rispondere in modo più adeguato a specifici bisogni dell'area neonatologica e pediatrica si basa sul cosiddetto "sistema a rete" con lo schema "hub & spoke", vale a dire:

- 1) razionalizzazione;
- 2) omogeneizzazione;
- 3) integrazione delle risorse umane e tecnologiche in un sistema assistenziale integrato su base regionale.

Tale sistema si pone l'obiettivo di:

- garantire la centralità del bambino e della sua famiglia nel sistema;
- garantire la libertà di scelta nella ricerca delle diagnosi e cure;
- favorire l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio regionale, facilitando l'accesso degli



processo. Ma la riorganizzazione deve avere una dimensione regionale e non può essere né gestita né pensata a livello di azienda sanitaria.

In assenza di un progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'area pediatrica (neonatologia, pediatria) nell'arco di pochi anni scompariranno molte realtà ospedaliere pediatriche ed aumenterà certamente la mobilità del bambino presso strutture extra-regionali.

È indispensabile quindi un forte e nuovo progetto di riorganizzazione dell'area pediatrica neonatologica ospedaliera.

utenti presso la sede di residenza;

- individuare le Strutture di alta complessità e le Strutture di media complessità per l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di qualificazione e grado di specializzazione delle stesse;
- promuovere un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose;
- promuovere la crescita culturale allo scopo di migliorare l'assistenza pediatrica delle strutture sanitarie regionali per ottenere una omogeneità di prestazione.

In questi casi il modello scelto è l' "hub and spoke", il quale prevede l'esistenza di centri principali (hub, mozzo, perno) e centri periferici (spoke, raggio) che, attraverso reti organizzative, garantiscono a tutti i neonati e bambini l'assistenza necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza.

Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di riferimento" (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei malati che superano la soglia dei complessità degli interventi effettuabili a livello periferico. Per ognuno dei centri di riferimento (hub) è necessario identificare i bacini di popolazione, i processi e percorsi assistenziali, le caratteristiche funzionali, strutturali ed organizzative dei nodi della rete, i criteri di riferimento tra i servizi, i criteri soglia di invio e rinvio al e dal centro di eccellenza. Particolare rilievo assumono le connotazioni del sistema informativo, i criteri per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze (formazione), le modalità con cui rendere disponibili le competenze del centro leader ai centri satelliti e la definizione delle modalità di controllo delle attività da parte della Regione.

#### Analisi delle necessità riorganizzative e proposte operative

##### Rete dell'assistenza perinatale

L'assistenza ostetrico-neonatale è di dimensioni minime rispetto al quadro complessivo dell'assistenza sanitaria, ma la sua importanza strategica è elevatissima. Ogni investimento in questo settore si può tradurre non solo in una riduzione della mortalità perinatale-neonatale, ma anche in una significativa riduzione degli handicap, il cui peso, in una società civile, è elevatissimo. La Regione Campania, che vanta un alto indice di natalità, ma una mortalità perinatale precoce e tardiva ancora elevate rispetto alla media nazionale, è obiettivamente ancora lontana da una soddisfacente soluzione dei compiti primari dell'assistenza ostetrica e neonatale (identificabili nella definizione del percorso-nascita, nella umanizzazione del parto, nella diminuzione del tasso dei tagli cesarei, nella diminuzione della mortalità e della morbilità perinatale, ecc.), anche se negli ultimi 10 anni il divario con le realtà del Nord si è significativamente ridotto. Nel POR 2006 - 2008 i punti nascita sono classificati in tre livelli, in base all'assistenza che posso-



L'assistenza ostetrico-neonatale è di dimensioni minime rispetto al quadro complessivo dell'assistenza sanitaria, ma la sua importanza strategica è elevatissima. Ogni investimento in questo settore si può tradurre non solo in una riduzione della mortalità perinatale-neonatale, ma anche in una significativa riduzione degli handicap, il cui peso, in una società civile, è elevatissimo.

Ogni investimento in questo settore si può tradurre non solo in una riduzione della mortalità perinatale-neonatale, ma anche in una significativa riduzione degli handicap, il cui peso, in una società civile, è elevatissimo.

no garantire al neonato:

- 1° livello, finalizzato all'assistenza ai neonati con i fisiologici problemi di adattamento alla vita extrauterina;
- 2° livello, che prevede l'assistenza a neonati affetti da patologie che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (D.E.A. di I° livello);
- 3° livello, che prevede l'assistenza a neonati che necessitano di cure intensive (D.E.A. di II livello), fatte salve quelle realtà che per consolidata esperienza rimangono allocate nei PSA o nei D.E.A. di I° livello.

Secondo i dati riportati dall'Arسان nel 2006 i nati in Campania sono stati 62.184 di cui 37.555 per taglio cesareo e solo 24.629 per parto spontaneo. In media il 60,4 % dei parto in Campania avvengono per taglio cesareo. In Campania sono attivi 86 Punti nascita (dati ARسان 2006) di cui la metà sono di competenza della spedalità privata convenzionata. Di questi 16 hanno meno di 400 nati all'anno e 30 meno di 500. Inoltre si evince in maniera chiara (dati ARسان) che quanto minore è il numero di nati maggiore è il numero dei tagli cesarei che tocca in alcuni punti nascita la percentuale dell'80%. Secondo le indicazioni dell'OMS i tagli cesarei non dovrebbero superare il 20% dei nati.

Si ricorda che per mantenere attivo un punto nascita servono ginecologi, ostetriche, infermieri, pediatri, vigiliatrici di infanzia o infermieri pediatriche che lavorano con orario h24. Almeno di 20 persone impiegate in pediatria e 30 in ostetricia. 50 persone per mantenere in funzione h24 un punto nascita indipendentemente dal numero dei nati.

La proposta del POR ritiene necessaria, per garantire un'ottimale qualità dell'assistenza, la "soppressione dei Punti Nascita che assistono meno di 400 nati in un anno, anche allo scopo dell'adeguamento del tasso di parto cesarei agli standard nazionali ed internazionali (<20%). Pertanto i Piani attuativi aziendali, nell'ambito della riorganizzazione territoriale dell'assistenza al parto, dovranno prevedere, per quanto possibile, accorpamenti di Punti Nascita".

Tali indicazioni, tra l'altro non eseguite in Regione Campania, sono ormai economicamente e strutturalmente incompatibili con la moderna assistenza neonatologica.

In molte regioni italiane e nella gran parte dell'Europa si è verificato un progressivo accorpamento dei punti nascita in pochi centri adeguatamente attrezzati, con numero di parto superiore almeno a 2000 nati. Tali accorpamenti hanno permesso di ridurre fortemente il trasporto neonatale e concentrare le competenze in pochi centri attrezzati di tutto (neonatologia di II Livello e terapia intensiva neonatale - TIN). I risultati pubblicati su riviste internazionali sono di una drammatica caduta della morbilità e mortalità perinatale.

La proposta è quindi che:

- i punti nascita devono avere almeno 1.000 nati;
- deve scomparire dal POR la neonatologia di I° livello;
- tutti i punti nascita devono essere organizzati a gestire i neonati con patologia intermedia non intensivistica.

In tale maniera si accorpano competenze e massa critica di pazienti con necessità di trasferire al III livello solo neonati che richiedono realmente un approccio di tipo intensivistico.

Nel sistema a rete ogni punto nascita fa capo ad una TIN di riferimento che costituisce lo hub del sistema. I medici ed il personale infermieristico del punto nascita devono obbligatoriamente e periodicamente svolgere aggiornamento presso la TIN di riferimento. Inoltre deve essere consentito un sistema di rotazione tra hub e spoke di personale medico ed infermieristico in maniera da omogeneizzare procedure e linee guida.

### Terapia Intensiva Neonatale

Il fabbisogno di PL di TIN in un territorio viene calcolato in base al numero dei nati. Attualmente si ritiene che occorra 1 posto letto di TIN per 700 - 750 nati. Rispetto ai 93 - 97 PL di TIN che sarebbero necessari in base all'attuale natalità (circa 68.000 nati/anno), oggi ne sono attivi in realtà meno di 80. Appare quindi necessario che vengano mantenute e potenziate le Terapie Intensive Neonatali esistenti; dovrà essere garantita la piena funzionalità dei PL di TIN esistenti nella Regione Campania, compresi quelli che, per motivi contingenti, risultano attualmente inattivi. Le TIN costituiscono lo hub del sistema e sono messe in rete tra loro e con i punti nascita.

### Trasporto Neonatale

L'attivazione del Servizio di Trasporto Neonatale (STEN) ha contribuito in misura determinante alla riduzione della mortalità neonatale registrata in Campania nell'ultimo decennio.

Per rendere più efficace ed efficiente l'attività dello STEN, è necessario:

- 1) riservare il Trasporto Neonatale ai soli casi di imprevedibile emergenza e non a trasporti di comodo (neonati con ittero, neonati a termine non critici). Devono essere riviste a tale scopo le indicazioni all'uso dello STEN, rendendole più rigide;
- 2) estendere il trasporto neonatale al piccolo lattante fino a 6 mesi. Come è noto a tutti gli operatori del settore il lattante con problemi acuti è praticamente intrasportabile con le ambulanze tradizionali. Lo STEN, liberato da problematiche banali, potrebbe svolgere queste funzioni in particolari circostanze (epidemia di bronchilite).

Tutto il sistema viene governato dalla Agenzia Pediatrica e Neonatologica Regionale (vedi oltre)

### Rete dell'assistenza ospedaliera pediatrica

La popolazione pediatrica in Campania è attualmente rappresentata da circa 1.100.000 individui di età inferiore a 15 anni.

I Reparti di pediatria (Unità Operative complesse di Pediatria - UOP) sono presenti in 42 ospedali della nostra Regione: con una disponibilità complessiva, a giugno 2003, di 716 PL di pediatria generale.

Questi vengono considerati nel loro insieme come pediatria generale, senza tener conto dei PL della pediatria ad indirizzo specialistico: come tali vengono infatti considerati e valutati separatamente, solo i PL di cardiologia pediatrica, nefrologia pediatrica, neuropsichiatria infantile ed emato-oncologia pediatrica.

Il piano ospedaliero non fa nessuna menzione dell'emergenza pediatrica e la confonde con il trasporto neonatale. Inoltre non è chiarito chi debba svolgere l'emergenza pediatrica sia a livello territoriale che ospedaliero. A questo si aggiunge la grave carenza di posti letto di rianimazione pediatrica. La disponibilità di un adeguato numero di PL di Rianimazione Pediatrica, razionalmente distribuiti sul territorio, è un elemento fondamentale in un sistema assistenziale di emergenza-urgenza.

Si propone una riorganizzazione a rete articolata su tre livelli:

- Unità Operative Pediatriche (UOP)
- Presidi Intermedi Pediatrici (PINP)
- Strutture di Alta Complessità (SAC)

### Unità Operative Pediatriche (UOP)

È indispensabile procedere ad una riduzione delle UOP su base regionale, prevedendo che abbiano un bacino di utenza tra 200.000 e 300.000 abitanti.

Tali UOP devono avere adeguato organico medico ed infermieristico, con le seguenti caratteristiche:

- P.S. pediatrico con guardia attiva ed Osservazione Breve Intensiva;

In Campania sono attivi 86 Punti nascita di cui la metà sono di competenza della spedalità privata convenzionata. La proposta del POR ritiene necessaria, per garantire un'ottimale qualità dell'assistenza, la soppressione dei Punti Nascita che assistono meno di 400 nati in un anno, anche allo scopo dell'adeguamento del tasso di parto cesarei agli standard nazionali ed internazionali.

- terapia semintensiva pediatrica;
- posti letto di isolamento per malattie infettive;
- presenza di adeguato numero di posti letto tensivi da gestire in collaborazione con gli anestesiologi rianimatori;
- numero di ricoveri annui non inferiore a 1.000.

#### Presidi Intermedi Pediatrici (PINP)

Le piccole divisioni di pediatria vengono trasformate in Presidi intermedi pediatrici (PINP)

Nel PINP deve essere presente:

- continuità assistenziale;
- ambulatori pediatria di famiglia (cure primarie);
- osservazione breve;
- ricoveri a ciclo diurno.

Tali strutture saranno gestite in collaborazione tra Pediatri di famiglia, Medici di guardia medica e pediatri ospedalieri.

Vari PINP faranno capo ad una UOP di riferimento per il ricovero di pazienti che non possono essere rinviati a domicilio e con la quale concordare linee guida e continuità assistenziale sul territorio.

#### Strutture ad Alta Complessità (SAC)

Come documentato in varie occasioni (dati ARSAN, convegno regionale Società Italiana di Pediatria, Salerno 2007) esiste una forte mobilità regionale del bambino presso strutture specialistiche del centro e nord Italia. Tale mobilità si verifica prevalentemente per patologie neurologiche, ematooncologiche, nefrourologiche, ma anche per patologie in cui (teoricamente) la risposta è ben presente e qualificata sul territorio regionale. Il fenomeno della mobilità sanitaria deriva da carenze (reali o presunte) che i cittadini o i loro "agenti" (medici curanti) rilevano nella qualità delle specifiche prestazioni; il giudizio soggettivo è spesso legato alla scarsa capacità dei servizi ad assumere una salda presa in carico del bambino che trasmetta e fiducia e sicurezza ai genitori; quello oggettivo alla carenza di specialisti, diagnostiche e/o strutture specializzate (tempi di attesa lunghi rispetto alla percezione del paziente e/o del medico curante); inefficiente organizzazione.

In entrambi i casi l'assenza di una politica di accoglienza e di indirizzo delle famiglie, il mancato coinvolgimento dei Pediatri di famiglia, la carenza di alcune tecnologie e lo scarso comfort, sono all'origine o aggravano il fenomeno della mobilità sanitaria.

Per ridurre la mobilità extraregionale e per organizzare al meglio quanto già presente in Regione Campania, vengono identificati i Centri di eccellenza e di riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle patologie cliniche più complesse e per l'erogazione di prestazioni di alta specialità. L'individuazione di tali Centri di alta complessità è subordinata alla disponibilità delle fondamentali competenze professionali e tecnologiche per la diagnosi, la cura ed il follow-up di patologie complesse acute e croniche, secondo quanto meglio previsto dagli standard di seguito indicati.

Il riconoscimento di Struttura di Alta Complessità è subordinato al soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- disponibilità presso l'Ospedale nel quale la struttura esiste di tutte le fondamentali competenze professionali specialistiche e tecnologiche per la diagnosi, la cura ed il follow-up delle patologie di riferimento;
- entità e tipologia della casistica (numero di casi in follow-up, numero di nuove diagnosi per anno rispetto all'entità della casistica di riferimento a livello regionale e nazionale, tenuto conto dei dati dell'Osservatorio regionale e del rapporto fra numero di pazienti e personale medico in organico dedicato);
- capacità di riduzione delle fughe extra regione e

capacità di attrazione da fuori regione specifica per la casistica in oggetto;

- CV del Responsabile della Struttura specialistica, con documentata attività clinico-scientifica nell'ambito della patologia di riferimento.

Laddove in ambito regionale siano previsti più centri di riferimento per determinate patologie, verranno individuati i necessari strumenti organizzativi di integrazione funzionale e gli opportuni livelli di coordinamento. Con l'obiettivo di garantire la centralità del cittadino-utente nel sistema, le Strutture di Alta Complessità hanno il compito di coordinare le prestazioni di diagnosi e cura all'esordio e durante il controllo longitudinale.

Le Strutture di Alta Complessità concorrono, secondo modalità convenute, ad espletare la funzione di consulenza specialistica nei confronti delle altre Strutture della rete pediatrica regionale.

Le Strutture di Alta Complessità effettuano le prestazioni complesse di diagnosi, cura, sia d'area medica che chirurgica, sia all'esordio che durante il controllo longitudinale di tutte le patologie, sviluppano e realizzano l'attività di didattica e di ricerca.

Deve essere integrata la formazione tra i dirigenti medici di UO di Alta Complessità e quelli di Assistenza Ordinaria. Tale processo deve prevedere lo scambio in aggiornamento obbligatorio fra dirigenti medici per un periodo di tempo congruo (non inferiore a 3 mesi) finalizzato a migliorare le conoscenze reciproche della realtà in cui si opera, a migliorare il livello qualitativo di assistenza, a definire e uniformare i criteri di controllo clinico delle patologie in oggetto, a realizzare comportamenti clinici il più possibile omogenei.

#### Riabilitazione neonatale e pediatrica

Nel POR viene istituita la UGDEE (Unità Gravi Disabilità per l'Età Evolutiva) presso l'Ospedale Santobono.

Si ritiene tuttavia che sia necessario implementare fortemente l'attività riabilitativa dell'handicap medio grave che in Campania è fortemente carente, è affidato nella quasi totalità al privato convenzionato ed è uno dei principali motivi della mobilità extraregionale.

È necessaria l'implementazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti pediatrici con patologie rianimatorie croniche, per garantire una ottimale gestione assistenziale del grave handicap nel rispetto delle esigenze familiari. Il sistema si può ispirare alla Rete GRACER della Regione Emilia e Romagna secondo il modello "hub & spoke".

Esso consta di un insieme di strutture riabilitative distribuite in tutto il territorio regionale, con funzioni diversificate nell'ambito del percorso di cura del paziente (i nodi) e di sistemi strutturati di comunicazione ed integrazione fra i nodi (le maglie).

I nodi della rete devono essere strutture riabilitative che operano



presso tutte le Unità ospedaliere (TIN, UOP) denominate Spoke A. Tali strutture hanno il compito di definire i percorsi riabilitativi successivi alla fase acuta attivando precocemente la rete dei servizi, e realizzare i primi interventi riabilitativi durante i periodi di degenza.

Sono previste inoltre strutture riabilitative con degenza di tipo intenso deputate alla presa in carico riabilitativa di pazienti provenienti dalle Unità per acuti. Tali centri hanno il compito di realizzare progetti riabilitativi intensivi, di diverso grado di complessità a seconda delle loro competenze, durante la fase riabilitativa post-acuta che richiede la degenza ospedaliera. Infine le strutture riabilitative territoriali denominate Spoke T, hanno il compito di rispondere alle necessità del bambino e della sua famiglia dopo il reinserimento in ambiente extra-ospedaliero e a conclusione del periodo di riabilitazione intensiva.

#### **Creazione di una azienda pediatrica e neonatologica regionale**

Per coordinare e mettere in rete tutte le strutture ospedaliere di vario livello e competenza che operano sul territorio regionale, è indispensabile creare un'azienda con funzione di authority per l'organizzazione pediatrica e neonatologica regionale.

Essa opererà secondo i criteri di hub e spoke precedentemente descritti. È ormai evidente che i direttori generali delle varie aziende non si coordinano tra loro sulla assistenza pediatrica ospedaliera e manca un sistema di integrazione tra i vari servizi.

L'azienda regionale deve permettere l'utilizzo di tutto il personale medico ed infermieristico in maniera integrata, con mobilità interna in caso di necessità e di formazione.

Il sistema pediatria ospedaliera per funzionare ha bisogno di una forte integrazione con la pediatria del territorio che al momento non esiste. L'integrazione ospedale - territorio ed una risposta reale alla continuità assistenziale sia sul malato acuto che sul malato cronico è ormai ineludibile. L'agenzia regionale avrà il

compito di governare tale sistema.

Compiti dell'azienda pediatrica regionale devono essere:

- identificare TIN e UOP ed i centri *hub e spoke* connessi;
- coordinare la rete dell'emergenza pediatrica e del trasporto neonatale, centralizzando i dati del Trasporto Neonatale Regionale (numero di neonati trasportati, caratteristiche cliniche, provenienza, destinazione, esito della patologia per la quale viene richiesto il trasporto), al fine di verificarne l'efficacia e l'appropriatezza;
- unire le TIN mediante una rete informatica per conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto e rendere più facile l'attività della Centrale Operativa, il cui funzionamento, peraltro, deve essere affidato a personale con competenze neonatologiche;
- identificare le pediatrie da riconvertire in PINP;
- programmare ed attuare un sistema di integrazione ospedale - territorio e di continuità assistenziale;
- certificare le strutture di Alta Complessità;
- governare e rimuovere i fattori che determinano la migrazione sud nord del bambino;
- creare un osservatorio epidemiologico per la verifica continuativa dei tassi di incidenza e di prevalenza in età pediatrica delle patologie acute e croniche;
- definire i criteri minimi di inquadramento diagnostico e di intervento terapeutico (creazione di linee guida e protocolli di diagnosi e cura condivisi ed applicabili in tutta la realtà regionale);
- condividere i programmi per il miglioramento della qualità delle cure e per la gestione del rischio clinico;
- coordinare le reti di riabilitazione neonatale e pediatrica.



Per coordinare e mettere in rete tutte le strutture ospedaliere di vario livello e competenza che operano sul territorio regionale, è indispensabile creare un'azienda con funzione di authority per l'organizzazione pediatrica e neonatologica regionale.

## Il sistema sanitario campano tra criticità e possibili cure\*

di Corrado Cuccurullo

Fino ad oggi il fabbisogno sanitario è stato il principio logico della determinazione del fabbisogno finanziario, ma tale criterio, a causa della crescente insostenibilità finanziaria della spesa sanitaria, sarà soppiantato dalla congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi.

### Risorse, riparto e federalismo fiscale

Con 5.790.187 abitanti (al 1/1/2007) la Regione Campania riceve nel 2008 per il sistema sanitario regionale risorse pari a 9.230.437.819 di euro, collocandosi al secondo posto dopo la Lombardia, con oltre 15,5 miliardi di euro, tra le Regioni Italiane per ammoniare di risorse assegnate per il comparto sanitario. Osservando i dati procapite, tuttavia, la Campania si posiziona tra le ultime Regioni, percependo all'incirca 1.594 euro, a cui, tuttavia, devono aggiungersi poco più di 50 euro, che provengono dal fondo "piani di rientro", per una quota capitaria complessiva di 1.646 euro, comunque, inferiore alla media italiana di 1.653 euro (al netto del fondo ripiani che riguarda solo sei regioni).

La bassa età media della popolazione, senza dubbio,

penalizza la Campania nel riparto fondato sul criterio (deciso nel 2006/2007) di quote capitarie parzialmente pesate sull'età per assistenza specialistica e ospedaliera e del tetto di spesa al 13% dell'assistenza farmaceutica, con alcuni limitati correttivi per riconoscere variazioni di popolazione, che attenuano gli effetti per le Regioni impegnate nei piani di rientro che hanno avuto un decremento di popolazione. Autorevoli studi, però, dimostrano, anche per l'Italia, che l'aumento marginale (+1%) degli over 65 induce un aumento del 3,5% della spesa sanitaria, mentre allo stesso aumento marginale degli under 14 corrisponde una riduzione del 1,5% della spesa: di conseguenza le Regioni "giovani" avrebbero un minor fabbisogno finanziario. Deve, a ogni buon conto, essere chiaro che l'elemento demografico può

\* Le riflessioni utilizzate in questo articolo si fondano sui dati delle rilevazioni annuali del Rapporto OASI del Cergas dell'Università Commerciale L. Bocconi di Milano e del CEIS Sanità dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.



approssimare più o meno adeguatamente il volume del fabbisogno sanitario, ma non riflette la sua intensità, che meglio si coglierebbe con l'introduzione, tra i criteri di riparto, di indicatori socio-economici (es. reddito procapite; attività lavorative; istruzione; tasso di disoccupazione; tasso di affollamento degli alloggi), delle caratteristiche dell'offerta (es. efficienza delle strutture, numero di centri pubblici di eccellenza), dello stato di salute della popolazione.

Fino ad oggi il fabbisogno sanitario, pur nella complessità della sua stima (sovente si usano i consumi come funzione lineare dei bisogni), è stato il principio logico della determinazione del fabbisogno finanziario, ma tale criterio, a causa della crescente insostenibilità finanziaria della spesa sanitaria, sarà soppiantato dalla congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi. Il federalismo fiscale delinea, infatti, un meccanismo di riparto basato sul costo standard procapite, che, come emerso in alcune simulazioni, penalizzerebbe in misura maggiore le regioni del Sud e in particolare la Campania, che perderebbe fino al 30% delle sue risorse. La convergenza verso il costo standard, in principio, dovrebbe responsabilizzare le regioni che hanno alti costi, come il Lazio e la Campania.

#### Il contenimento dei costi

La crescita della spesa sanitaria è un fenomeno comune a tutti i Paesi fin dagli anni '60 e nel tempo è divenuta insostenibile dal punto di vista finanziario. La spesa sanitaria pubblica per l'Italia è circa il 6,8% del suo PIL, inferiore alla media europea, poco più di Finlandia, Grecia, Irlanda, e Spagna e al di sotto di

Francia, Germania e Gran Bretagna. Il problema non è, quindi, la spesa nel suo ammontare, ma la qualità della medesima.

In Campania la spesa sanitaria corrente ha avuto per anni (1995-2001) una crescita superiore (9,7%) alla media italiana (8,2%), ma, più recentemente, la tendenza è stata invertita con un rallentamento del trend (2001-2006: Campania: 4,2%; Italia: 5%), grazie anche all'obbligatorio piano di rientro finanziario (dal 2006) che ha previsto, peraltro, la maggiorazione delle aliquote IRAP ed IRPEF, del costo della benzina e del bollo auto. Ciò nonostante continuano a gravare su ogni cittadino della Regione circa 1.000 euro di disavanzo cumulato.

Tutti i Paesi, per frenare la spesa, hanno adottato molteplici strategie di tipo sistematico e di tipo aziendale. Tra le prime si ricordano la riduzione dei fattori produttivi, cioè dei posti letto e del numero dei professionisti, limitando l'accesso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia, e i quasi-mercati.

L'introduzione negli anni '90 di riforme pro-concorrenziali mirava ad incentivare, mediante la concorrenza tra strutture erogatrici, il miglioramento degli standard qualitativi e l'abbattimento dei costi. Con un sistema a base tariffaria gli erogatori sono, infatti, incentivati a ridurre i costi di erogazione, mediante azioni di razionalizzazione organizzativa, in ragione del fatto che ogni risparmio ottenuto rispetto alla tariffa prefissata costituisce un guadagno netto. Ciò, tuttavia, può indurre (e sovente capita) i soggetti finanziati a tariffa - pubblici e privati che siano - a comportamenti opportunistici (incremento inappropriato dei volumi, selezione dei pazienti, dimissioni precoci,



L'elemento demografico può approssimare più o meno adeguatamente il volume del fabbisogno sanitario, ma non riflette la sua intensità, che meglio si coglierebbe con l'introduzione, tra i criteri di riparto, di indicatori socio-economici delle caratteristiche dell'offerta e dello stato di salute della popolazione.

ricoveri ripetuti, ecc.), che soltanto la capacità regionale di usare la leva tariffaria con correttivi e limitazioni è in grado di prevenire e sanzionare.

Il Sistema Sanitario Campano - con 47 presidi ospedalieri, 8 aziende ospedaliere, 2 Polyclinici, 2 IRCCS, 4 Ospedali Classificati e 71 cliniche private accreditate con una quota significativa dell'offerta totale (30,1%) - è un sistema fortemente orientato ad un modello di finanziamento tariffario, diversamente da quanto prevedeva la L.R. 32/94, istitutiva del SSR Campano, che fondava sul meccanismo della quota capitaria l'architrave del sistema di finanziamento. Un sistema così articolato, congiuntamente ad un'irrelevante capacità della Regione di usare efficacemente la leva tariffaria come meccanismo di governo, incentiva i ricoveri (il tasso di ospedalizzazione campano è più alto della media italiana), ma non ad esempio la specializzazione delle strutture (la Campania è prima per mobilità extraregionale in uscita ed ultima tra le Regioni in base agli indicatori di complessità, che analizzano l'Indice di Case Mix

trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani), l'efficacia e l'appropriatezza dei ricoveri (misurate in base ad indicatori che verificano che le prestazioni siano erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità), per le quali la Campania si colloca tra gli ultimi posti.

In Campania prevale, quindi, ancora una visione ospedalocentrica, che non qualifica l'attività delle strutture ospedaliere e ritarda l'effettivo rafforzamento delle cure primarie.

Le strategie di contenimento dei costi attuate a livello aziendale hanno aumentato l'autonomia manageriale e la responsabilizzazione delle aziende sui risultati; introdotto il budget e il controllo di gestione, la dipartimentalizzazione delle strutture, la reingegnerizzazione dei processi clinici e la valutazione ed incentivazione della dirigenza, che, nel complesso, pur in assenza di dati approfonditi, sembrano produrre economie inferiori alle attese a causa dell'elevata rigidità della struttura dei costi, tipica delle aziende sanitarie.

In Campania prevale ancora una visione ospedalocentrica, che non qualifica l'attività delle strutture ospedaliere e ritarda l'effettivo rafforzamento delle cure primarie.



## Il controllo della spesa

Il contenimento dei costi evidenzia, maggiormente, la sua efficacia quando si sposta l'enfasi sulla performance del sistema e non delle singole aziende, sottolineando la rilevanza delle interdipendenze tra le aziende e delle politiche di coordinamento attraverso la rimodulazione del quasi-mercato.

Alla luce di alcuni esempi italiani di successo in termini di controllo della spesa possono immaginarsi, anche per il Sistema Sanitario Regionale campano alcuni interventi strutturali utili.

Per prima cosa deve rafforzarsi il ruolo e la capacità della Regione come soggetto della programmazione. Tutte le Regioni virtuose hanno attuato un grip back; hanno accentuato, in altri termini, il loro ruolo "centralistico" nella programmazione e nel finanziamento, limitando l'autonomia decisionale delle Aziende Sanitarie: riducono i posti letto (in gran parte convertendoli in posti per le fasi a monte e a valle dell'acciaia) ed il numero delle aziende pubbliche finanziate a tariffa; incentivano la specializzazione delle medesime e l'appropriatezza delle cure; e rendono il ricorso

agli erogatori privati complementare rispetto al fabbisogno che le strutture già operanti non riescono a garantire. In questo modo le Regioni garantiscono una salda governance del sistema, privilegiando il controllo della spesa e la qualificazione delle attività, e riducendo le tensioni competitive, mediante la programmazione delle prestazioni erogabili.

In secondo luogo, devono favorirsi logiche collaborative e non competitive all'interno del sistema regionale. La concorrenza in ambito sanitario non produce i benefici simili ad altri settori industriali e può provocare tensioni conflittuali che non solo non spingono alla riduzione dei costi, ma incrinano anche il versante dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure.

Anche i sistemi sanitari "virtuosi" hanno introdotto logiche collaborative e di rete, per ottenere:

- economie di scala sul versante tecnico-amministrativo attraverso aggregazioni sovraaziendali di aziende pubbliche come i "quadranti/subaree" piemontesi; le "aree vaste" di Veneto, Friuli e Toscana, le "macroaree" emiliane; oppure i consorzi di acquisto e le aggregazioni aziendali, attraverso fusioni di AA.SS.LL. e AA.OO. (ad esempio Marche, Puglia, Calabria);
- sinergie sul versante clinico tra unità progressivamente specializzatesi e quindi potenzialmente complementari, mediante reti ospedaliere, in cui le strutture si differenziano in base all'indice di case mix (e non in base ad un livello costi/ricavi presumibilmente congruo come l'attuale piano di riduzione dei posti letto ospedalieri);
- forme di collaborazione con il privato, per coglierne gli aspetti positivi in termini finanziari e gestionali, pur mantenendo un forte presidio pubblico della programmazione. Questo aspetto è particolarmente delicato in una Regione come la Campania che possiede una notevole offerta privata. Il problema non si risolve emarginando una realtà socio-economica significativa, ma incentivandola, attraverso la programmazione pubblica, ad integrarsi effettivamente nella complessiva rete sanitaria e qualificarsi in modo complementare alle strutture pubbliche. L'accreditamento, infatti, non deve intendersi semplicemente come un meccanismo di finanziamento, ma come strumento di regolazione del sistema.

La Campania, in anni recenti, è stata in grado di rallentare la dinamica crescente della spesa, ma non ha risolto definitivamente il problema del finanziamento del suo sistema sanitario, ancora appesantito da un elevato disavanzo cumulato e da un deficit strutturale annuo. Il problema non si risolve con il contenimento dei costi a livello di singole aziende, ma con una riforma complessiva e strutturale del Sistema Sanitario Regionale. Non è solo una questione di controllo della spesa, ma di qualificazione della stessa, di valorizzazione delle strutture ospedaliere, di strutturazione di una rete di cure primarie. Ciò che sembra mancare alla Campania è una visione generale della sanità regionale dei prossimi anni, testimoniata dall'assenza di un disegno complessivo di riaspetto, da un uso poco efficace della programmazione, da piani contingenti che riguardano parti del sistema e che, peraltro, non vengono attuati (ad esempio il piano regionale ospedaliero).

In definitiva, le criticità sono molteplici, vaste e complicate, ma non impossibili da superare a patto che si provveda in tempi certi ad un complessivo riaspetto del sistema sanitario.



La Campania non ha risolto definitivamente il problema del finanziamento del suo sistema sanitario, ancora appesantito da un elevato disavanzo cumulato e da un deficit strutturale annuo. Il problema non si risolve con il contenimento dei costi a livello di singole aziende, ma con una riforma complessiva e strutturale del SSR. Non è solo una questione di controllo della spesa, ma di qualificazione della stessa.

## Realizzare le Case della Salute per iniziare a voltar pagina

di Massimo De Siena



Nel panorama attuale della sanità pubblica regionale, come d'altronde a livello nazionale, bisogna adottare provvedimenti di legge che sottolineino ancora una volta la centralità del cittadino-paziente. Sembra quasi, infatti, che i problemi della sanità regionale derivino da una sindrome di conservazione dell'esistente che tenda a mantenere privilegi e/o diseguaglianze. È pur vero invece che una buona sanità pubblica deve contemporare due esigenze, quella senz'altro predominante del diritto alla salute garantito dalla Costituzione e l'altra, per certi versi non meno rilevante, dei diritti lavorativi degli operatori della sanità stessa. Lo stato delle finanze regionali è a tutti noto, con le spese sanitarie a far la parte del leone rispetto al budget della Regione Campania. E ciò anche in altre Regioni che versano in uno stato di difficoltà non certo inferiore. Ci troviamo cioè nella non invidiabile situazione di dover garantire servizi di qualità a tutti i cittadini ma obbligati ad un piano di risanamento e rientro dal deficit che strozza il bilancio regionale. Il patto di affiancamento, definito con il precedente governo nazionale ed occhiutamente perseguito da quello attuale, determina la confezione di tagli che appaiono ai più indiscriminati e lesivi dei diritti. Non ci aiuta certamente il piglio privatizzatore del governo di centrodestra che si muove tra le manie legaletaristiche del ministro Brunetta e le boutades del Presidente del Consiglio il quale sostiene la necessità di privatizzare gli ospedali piccoli ed improduttivi.... È pur vero che con i tagli degli ospedali Fitto ha perduto le elezioni in Puglia ma è altrettanto evidente che l'attuale senso comune della maggioranza degli italiani è in sintonia con il governo nazionale. Se dobbiamo dar credito ai sondaggi, possiamo affermare che la luna di miele non è ancora finita, non

si nota ancora "alcuna nota di dissapore tra i coniugi". Ed allora sembra veramente significativo dar corpo, con una legge regionale, all'istituzione delle Case della Salute. Ma qual è l'origine, pur con le necessarie contestualizzazioni, dell'idea di Casa della Salute? Giulio Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica, negli anni '70 ha delineato i contorni di una sanità pubblica che non sia esclusivamente cura dei sintomi e/o delle patologie bensì promozione concreta di salute. E ciò attraverso una vera rivoluzione copernicana che veda le istituzioni "spendere" più per promuovere la prevenzione primaria, quella cioè fondata sulla correzione dei fattori sociali, ambientali, lavorativi che determinano lo stato di salute della popolazione piuttosto che per pagare elusivamente la cura dello stato di malattia. Una sanità siffatta quindi va intesa come interconnessione del momento diagnostico e curativo con l'integrazione socio-territoriale e lavorativa, senza trascurare ovviamente i problemi del disagio e dell'esclusione sociale; si tratta cioè di realizzare una politica sanitaria che divenga "politica" in senso vero e proprio, con le persone-pazienti (e non clienti come da certa orribile, attuale, vulgata liberista) che partecipino alla scrittura del progetto sanitario ed alla sua realizzazione. È da questa concezione innovativa che nascono l'idea ed il progetto di Casa della Salute, con le ovvie contestualizzazioni rispetto agli anni '70, magari sfondando l'idea originaria da quelle chiusure dogmatiche che eventualmente Medicina Democratica ancora conservi. Non credo occorra delineare i requisiti meramente tecnici, peraltro ben definiti nel progetto di legge regionale istitutiva delle Case della Salute, se non nelle linee essenziali di luogo ove s'interfacciano assistenza e prevenzione

Nel panorama attuale della sanità pubblica regionale bisogna adottare provvedimenti di legge che sottolineino ancora una volta la centralità del cittadino-paziente, una buona sanità pubblica deve contemporare due esigenze, quella predominante del diritto alla salute garantito dalla Costituzione e l'altra, non meno rilevante, dei diritti lavorativi degli operatori della sanità stessa.

primaria, presa in carico dei bisogni di salute del cittadino, integrazione territoriale e socio-sanitaria. Si tratta di armonizzare il lavoro di medici, operatori sanitari del comparto, operatori dei servizi sociali territoriali. Molto di più quindi non solo della mera riforma della Medicina Territoriale che è nel programma dell'orribile governo attuale ma anche delle evanescenti proposte del precedente governo. Come è facilmente immaginabile avere un luogo ove si compongano i contrasti e le difficoltà della medicina non solo territoriale è un enorme balzo in avanti sulla strada della soddisfazione del diritto alla salute dei cittadini così come della gestione oculata delle risorse, rispetto alla fase attuale nella quale le persone ammalate vagano da un sito all'altro sul territorio, confuse, dopo il programma diagnostico del medico di base, tra una miriade di servizi territoriali spesso insufficienti ed inadatti a gestire e realizzare quell'iter diagnostico. Per non parlare poi della estrema difficoltà di tenere insieme la risoluzione del disagio causato dalla malattia con il disagio altrettanto grande, se non maggiore, derivante dalla frequente necessità di servizi sociali che agevolino o addirittura consentano la fruizione delle prestazioni sanitarie. Tutto ciò finisce nella stragrande maggioranza dei casi per favorire un'ospedalizzazione impropria, in quanto le nostre popolazioni ancora identificano l'ospedale come il luogo di unificazione dei servizi e delle risorse, nel quale si verifichi per forza di cose "la presa in carico del paziente". E con ciò si affollano i pronto soccorso e le corsie, facendo perdere all'istituzione ospedaliera il suo vero ruolo che è quello del trattamento delle acuzie e delle patologie gravi. Un luogo unico, invece, ove il cittadino venga accolto e seguito nel percorso di prevenzione, diagnosi e terapia, aperto 12 o 24 ore al giorno per 7 giorni, con la disponibilità non solo degli specialisti necessari e delle relative attrezzature tecniche ma anche dei servizi sociali del territorio, distaccati dalle sedi comunali ove sono abitualmente collocati, nonché con la possibilità di degenze per patologie a bassa intensità

e del supporto del medico di famiglia che dovrebbe essere il miglior conoscitore dell'ammalato, la presa in carico reale della persona e dei suoi problemi socio-sanitari, ecco, questo è quanto va a realizzarsi con l'istituzione delle Case della Salute. Non più, e voglio ribadirlo, un girovagare umiliante di struttura in struttura anche per problemi di non estrema gravità, magari con il taglieggiamento operato da privati senza scrupoli che lucrano sulla difficoltà ed il disagio, ma disponibilità di strutture presenti in tutti i distretti sanitari in un numero idoneo, peraltro sancito dalla legge, rispetto all'entità della popolazione. Non si realizzerebbe così una vera soddisfazione del bisogno di salute e di sanità, insieme con un'idonea utilizzazione delle risorse? Gli esperti di economia sanitaria parlerebbero di risparmio virtuoso, il che è proprio quello che occorre per risanare le finanze sbrindellate della nostra regione. Mi sembra che questo debba essere il centro di una vera riforma sanitaria, almeno regionale, con soddisfazione dei cittadini e dei lavoratori della sanità, in uno con la risoluzione dell'ospedalocentrismo che ci affligge. La destinazione delle strutture ospedaliere anche eccellenti di cui il nostro territorio è fornito alla diagnosi e terapia non solo degli acuti ma anche e soprattutto delle patologie gravi, ridurrebbe inoltre considerevolmente la migrazione sanitaria, altro punto dolente di spesa per le finanze regionali. Si tratta quindi, con l'istituzione delle case della salute, di innescare una cascata virtuosa che bagni tutti i momenti della nostra dolente sanità pubblica.

Dobbiamo essere quindi capaci, come cittadini e lavoratori della sanità, di sensibilizzare le persone con i fatti, dimostrando loro che possiamo far diventare nostri i loro problemi, modificando quel clima un po' scostante che ancora pervade molti luoghi deputati alle cure.

La Casa della Salute è la risposta più valida ed immediata che possiamo dare al Cavaliere privatizzatore, riaffermando che la sanità che vogliamo è pubblica, gratuita, di qualità.



Avere un luogo ove si compongano i contrasti e le difficoltà della medicina non solo territoriale è un enorme balzo in avanti sulla strada della soddisfazione del diritto alla salute dei cittadini così come della gestione oculata delle risorse, rispetto alla fase attuale nella quale le persone ammalate vagano da un sito all'altro sul territorio.

# Una proposta per la salute e per l'integrazione socio sanitaria

di Loretta Mussi

Obiettivi di salute e rientro dal debito non sono antitetici, ma possono essere perseguiti purché si ridistribuiscano e si collochino le risorse dove servono veramente, purché si persegua un radicale cambiamento di rotta non solo nella gestione della sanità, ma di tutto il sistema, dal momento che i determinanti della salute sono influenzati da fattori sociali, produttivi ed ambientali, purché si vogliano eliminare le forti diseguaglianze nelle possibilità di accesso alla diagnosi, alle cure, alla assistenza.

Che il sistema per la tutela della salute in Campania fosse da riformare radicalmente era evidente da molti anni per cui tanto maggiore è la colpa e la responsabilità di chi non ha voluto e saputo affrontare seriamente la questione, nonostante i forti richiami e le proposte numerose che pure sono state avanzate, ma che sono rimaste inascoltate non solo da parte dei principali reggenti del sistema ma anche da

parte di coloro che a parole reclamavano il cambiamento, ma poi restavano impastoiati nella rete degli interessi e delle clientele del potere. Per questo, come persona di sinistra, la mia critica va soprattutto alle forze della sinistra che non possono non avere avuto consapevolezza del disastro che avanzava. Anche ora, nell'imminenza del commissariamento, dopo il fallimento del piano di rientro varato nel 2005,



Che il sistema per la tutela della salute in Campania fosse da riformare radicalmente era evidente da molti anni per cui tanto maggiore è la colpa e la responsabilità di chi non ha voluto e saputo affrontare seriamente la questione, nonostante i forti richiami e le proposte numerose che pure sono state avanzate.



con un debito che continua a crescere, si continua a tagliare in modo indiscriminato e generalizzato, ma non si vuole (ma forse non se ne ha neppure la capacità), intervenire con provvedimenti finalizzati e di lungo respiro.

Per parte mia e delle persone, con cui mi sono confrontata in questi anni, vorremmo, in questa sede, confrontarci su alcuni dati di fondo, condividere alcuni principi e alcuni possibili indirizzi, e concorrere alla elaborazione di una piattaforma, da cui far scaturire una proposta più organica.

Prima di avanzare alcune possibili proposte si ritiene necessario fare una breve sintesi sullo stato della salute della popolazione e sullo stato dei servizi sanitari.

### 1. Stato di salute della popolazione.

Lo stato di salute della popolazione campana è tra i meno floridi nella penisola, come si evince ormai da numerosi indicatori che cominciano ad essere diffusi e riconosciuti. Rispetto al resto d'Italia, la speranza di vita alla nascita è la più bassa, sono più elevate la mortalità generale, la mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio, diabete, malattie respiratorie e anche per molti tumori la cui incidenza è in continuo aumento.

All'interno della popolazione generale, donne, bambini e anziani, sono tra le categorie più colpite. Le donne si ammalano di più e non dispongono di buoni servizi (si pensi solo alla piaga dei tagli cesarei che raggiungono punte del 70%, alla mancata pianificazione ed organizzazione di screening per i tumori femminili), mentre per i bambini vi è ancora un eccesso di mortalità infantile e neonatale e di malformazioni rispetto alle regioni del centro-nord. I servizi per l'assistenza agli anziani sono pressoché inesistenti. Gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali sono più frequenti se rapportati ai posti di lavoro, e la mortalità sul lavoro è tra le più elevate.

Questo in una regione che fino a qualche decennio fa presentava un vantaggio di salute che le derivava da condizioni di salubrità ambientale più favorevoli e da abitudini di vita più salutari.

Certamente il deterioramento dello stato di salute è in parte riconducibile alle cattive condizioni socio-economiche di molti strati sociali, alla povertà e alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte delle persone più svantaggiate. Ma ciò solo in parte è vero, soprattutto se si considera la elevatissima spesa dedicata alla sanità: piuttosto dobbiamo con-

statare che il servizio sanitario campano presenta una scarsa organizzazione, è inefficiente nel suo complesso, nulla è stato fatto per renderlo accessibile alle classi e alle categorie più in difficoltà.

### 2. Stato dei Servizi.

In un sistema sanitario che voglia rispondere alle necessità di salute della popolazione sono ugualmente importanti e quindi devono essere idoneamente programmati e sostenuti i Servizi di Prevenzione, i Servizi di Assistenza Territoriale, i Servizi Ospedalieri, che devono essere anche fortemente integrati tra di loro, soprattutto gli ultimi due.

I Servizi di Prevenzione sono deputati alla prevenzione della malattia e del rischio attraverso la individuazione ed il contrasto di tutti quei fattori di malattia che sono riferibili in parte agli stili di vita, ma soprattutto al contesto ambientale, abitativo e di lavoro. Ma essi, benché nominalmente istituiti, non sono stati dotati di operatori preparati ed in numero sufficiente per svolgere queste funzioni, non sono stati riempiti di contenuti che qualificassero le diverse aree di intervento, così come non sono stati istituiti rapporti di collaborazione organica con servizi di tutela dell'ambiente, rappresentati dalle strutture dell'ARPAC.

Nessun argine quindi è stato posto al progressivo deterioramento dell'ambiente, che, soprattutto in provincia di Napoli e Caserta, ma non solo, è stato compromesso in modo forse irreversibile, grazie all'escavazione incontrollata e al deposito di rifiuti speciali e tossici, avvenuto a partire dagli anni '70, provenienti da ogni parte d'Italia, e all'elevato uso di pesticidi. Ciò ha prodotto l'inquinamento delle principali matrici ambientali (aria, acqua, suolo), con effetti sull'acqua ad uso potabile, sui prodotti agricoli, sugli animali e su tutta la catena alimentare, tanto che ormai non si può più negare o nascondere che vi sia correlazione tra aumentata incidenza di tumori e malformazioni ed inquinamento ambientale.

Anche la tutela della salute sui luoghi di lavoro non è perseguita per la mancanza di ispettori e tecnici (oltre che per motivi altri che saranno da riprendere), mentre la prevenzione secondaria tramite screening non è né organica né programmata, ma si basa sulla buona volontà di singoli operatori.

I Servizi di Assistenza Territoriale sono assenti o scarsamente funzionanti per cui gli ospedali si riempiono di pazienti che meglio sarebbero assistiti presso il proprio domicilio o presso strutture territoriali

Il servizio sanitario campano presenta una scarsa organizzazione, è inefficiente nel suo complesso, nulla è stato fatto per renderlo accessibile alle classi e alle categorie più in difficoltà.



destinate all'assistenza di bassa intensità. Mancano vere politiche sanitarie per l'assistenza agli anziani, per la salute mentale e per l'assistenza alle grandi dipendenze. Esiste invece una moltitudine di piccole strutture di ricovero e diagnosi (sia pubbliche che private) che non sempre garantiscono cure e diagnosi appropriate, ma che in compenso generano spesa.

Le *strutture ospedaliere*, e tra queste soprattutto le Aziende Ospedaliere, deputate a fornire prestazioni ad alta intensità di cura e alla emergenza-urgenza sono in seria difficoltà per le restrizioni finanziarie, la sotto dotazione tecnologica, il blocco delle assunzioni, il precariato, mentre bassissimo è lo stato di attuazione degli interventi di edilizia ospedaliera, finanziati dallo Stato, sui quali addirittura si sono persi fondi già stanziati.

Vi è uno stato di vero e proprio decadimento dei Polyclinici Universitari, che sono ormai solo centri di potere, dove vi è stato molto proliferare di primariati e dove il livello della offerta formativa è piuttosto mediocre.

Sono inadeguati, o addirittura mancano, importanti servizi come: la rete per il Pronto Soccorso ed il trasporto in emergenza (118), la rete per il trasporto e l'assistenza neonatale, la rete oncologica e la rete per la terapia del dolore e le cure palliative - tanto che ammalarsi di tumore in Campania significa intraprendere un vero e proprio calvario -, le strutture riabilitative di 3° livello per cerebrolesi e neurolesi.

Infine non vi è *continuità ed integrazione*, tra Servizi Ospedalieri e Servizi territoriali, per cui un cittadino che viene in contatto con un servizio, sia esso ospedaliero che territoriale, non viene preso in carico ed accompagnato lungo il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale di cui ha bisogno, ma deve individualmente compiere i diversi passaggi.

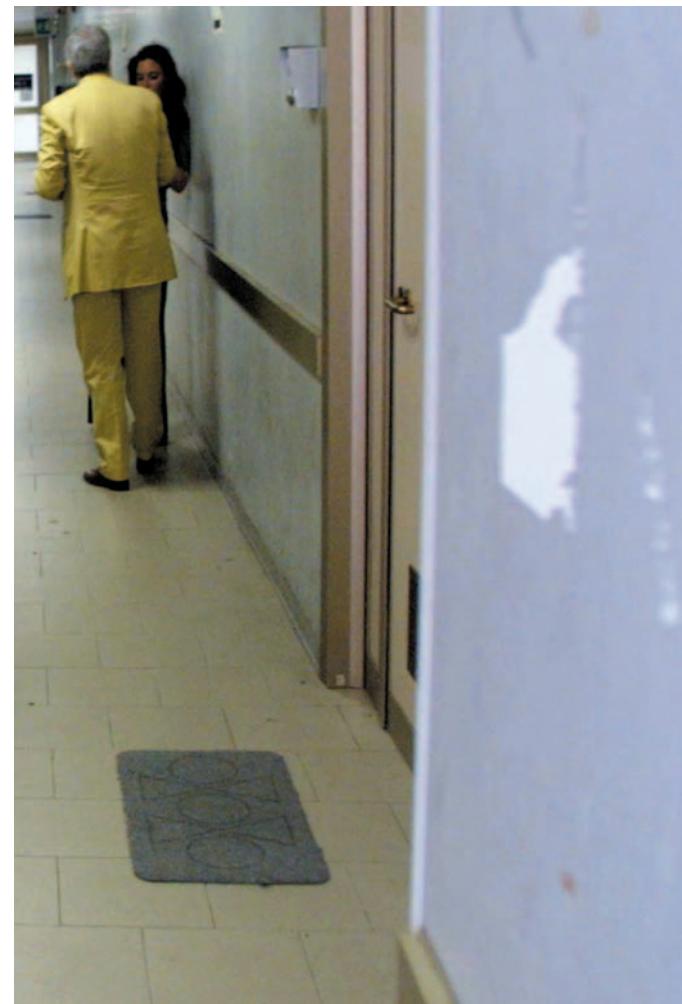
peutico ed assistenziale di cui ha bisogno, ma deve individualmente compiere i diversi passaggi con difficoltà a muoversi nell'ambito di un sistema dove non esiste un collegamento organico tra i diversi servizi. Non c'è da stupirsi quindi se continuano ad aumentare le diseguaglianze nelle possibilità di accesso alle cure, se la risposta terapeutica non funziona, se la migrazione verso strutture del centro-nord è in ripresa, comunque, limitatamente a chi se lo può permettere.

Risalire la china a partire dalla situazione descritta è arduo, soprattutto se si considera che, con l'entrata in vigore delle misure previste dal federalismo, la Campania dovrà contare sulle proprie forze e sulle proprie risorse. Eppure, proprio il *federalismo* può esser l'occasione per recuperare la propria autonomia ed identità, per rilanciare il sistema produttivo a partire dalla valorizzazione delle proprie risorse, e, per rispondere alla richiesta di salute della popolazione campana in modo coraggioso ed innovativo.

Obiettivi di salute e rientro dal debito non sono antitetici, ma possono essere perseguiti purché si ridistribuiscano e si collocino le risorse dove servono veramente, purché si persegua un radicale cambiamento di rotta non solo nella gestione della sanità, ma di tutto il sistema, dal momento che i determinanti della salute sono influenzati da fattori sociali, produttivi ed ambientali, purché si vogliano eliminare le forti diseguaglianze nelle possibilità di accesso alla diagnosi, alle cure, alla assistenza, sapendo che una sanità realmente equa si costruisce sulle necessità e sui bisogni delle categorie più disagiate e sul rispetto della persona che soffre.

Soprattutto la tutela della salute e le politiche sanita-

Non vi è *continuità ed integrazione*, tra Servizi Ospedalieri e territoriali, per cui un cittadino che viene in contatto con un servizio, sia esso ospedaliero che territoriale, non viene preso in carico ed accompagnato lungo il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale di cui ha bisogno, ma deve individualmente compiere i diversi passaggi.



rie devono essere sottratte al complesso affaristico - clientelare che finora ha determinato la sanità, sottraendo risorse importanti e provocando la fuga e la mortificazione di tante intelligenze e professionalità.

Le proposte che seguono non sono nuove, anche perché hanno già trovato applicazione in alcune realtà regionali, ma richiedono, oltre a una nuova classe dirigente che voglia realmente cimentarsi nel perseguitamento di alcuni principi fondamentali (l'eliminazione delle disuguaglianze nell'accesso, la trasparenza, il contrasto alle lobby affaristiche, il rispetto delle professionalità e della persona), che si faccia programmazione vera e di lungo periodo, considerando che, per risalire la china, bisogna mettere in conto almeno un decennio.

Si richiede anche che i partiti facciano un passo indietro e rivedano il proprio ruolo e le proprie funzioni. Almeno otto sono i nodi da affrontare.

### 1. Integrazione tra sistema sociale e sanitario

La necessità dell'integrazione tra interventi sanitari ed interventi sociali e la stretta collaborazione tra gli Enti e gli organismi competenti alla effettuazione e regolazione degli interventi socio-sanitari è indispensabile perché i bisogni spesso non sono né solo sanitari né solo sociali e quindi richiedono che le risposte siano integrate e multi professionali. Invece, i due sistemi, nonostante la ampia previsione normativa a livello nazionale, nella nostra regione continuano ad agire in modo separato quando non conflittuale.

L'integrazione porterebbe anche ad un uso più efficiente delle risorse e al superamento di modelli settoriali che, tra l'altro, comportano ridondanza di offerta in alcuni servizi e carenza in altri. Si ridurrebbe

inoltre il disagio dei cittadini, in quanto l'utente e la sua famiglia anziché avere come interlocutori singole figure sanitarie e sociali, appartenenti a servizi ed amministrazioni diverse, con cui interagire separatamente ed in tempi differenziati, si confronterebbero con un "gruppo" di operatori, che assicurano la presa in carico della persona e la continuità terapeutica ed assistenziale.

In quest'ottica dovrebbe darsi anche una programmazione comunitaria che preveda la stretta combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana e condizionano la effettiva fruibilità dei servizi sociali e sanitari (es. politiche del lavoro, urbanistiche e della casa, dei trasporti, di inserimento scolastico).

A nostro parere il presupposto perché ciò avvenga è che a livello regionale vi sia un *unico Assessorato per le politiche sociali e sanitarie*, e che a livello territoriale l'integrazione nell'ambito dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale (ASSL) sia assicurata da un organismo, tipo dipartimento o conferenza territoriale sociale e sanitaria, che includa anche il Comune.

Il tema dell'integrazione ci introduce al secondo punto.

### 2. Revisione del ruolo delle Aziende Socio Sanitarie Locali

Alle ASSL va assegnato il mandato di *responsabili dello stato di salute della popolazione di riferimento* con conseguente rafforzamento del proprio ruolo come enti della programmazione sanitaria locale.

Ad esse primariamente competono l'onere e la responsabilità di garantire sul proprio territorio l'attivazione, il funzionamento e la gestione diretta dei servizi per la prevenzione, la tutela della salute sui luoghi di lavoro, le cure primarie, l'assistenza socio-sanitaria in modo integrato con i Comuni, la salute mentale, il controllo dei requisiti di accreditamento e della qualità/appropriatezza delle prestazioni.

In questa sede non si entra nel merito della questione relativa alla eventuale riduzione del numero delle attuali aziende sanitari locali e dei distretti sanitari, in quanto si intende prima approfondire ed affrontare i nodi di funzionamento intrinseci al sistema.

Per le attività a gestione diretta l'ASSL si avvale di Dipartimenti e Servizi, collegati in rete, nell'ottica della gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico e/o multiproblematico, cui, con la presa in carico, viene garantita la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative. Le prestazioni vengono erogate nei distretti a domicilio e attraverso strutture quali Case della Salute, Strutture Residenziali e Semiresidenziali, Ospedali di Comunità, nelle quali si ritiene possano essere riconvertiti i presidi ospedalieri non più necessari.

Ai servizi dell'ASSL spetta il compito di adoperarsi per garantire ai propri cittadini la continuità assistenziale prenotando le attività di diagnosi e cura specialistica superiori attraverso le Aziende Ospedaliere, Universitarie e strutture accreditate.

In questo processo si devono immedesimare anche gli operatori delle Aziende Ospedaliere non solo nel garantire una pronta risposta, allorché si richieda il livello ospedaliero e specialistico, ma anche collaborando con le strutture ASSL per la presa in carico da parte delle stesse dei pazienti dimessi, soprattutto se con problemi clinici complessi.

I servizi dell'ASSL hanno pertanto un ruolo centrale ed una responsabilità preponderante nell'attivazione e nel completamento del processo di continuità assistenziale.

La necessità dell'integrazione tra interventi sanitari ed interventi sociali e la stretta collaborazione tra gli Enti e gli organismi competenti all'effettuazione e regolazione degli interventi socio-sanitari è indispensabile perché i bisogni spesso non sono né solo sanitari né solo sociali.



Per facilitare l'accesso del cittadino al sistema dei servizi, in ogni distretto devono essere attivati *Punti di Accoglienza* e lo *Sportello Unico delle attività distrettuali*, a carattere polifunzionale con massima semplificazione dei percorsi amministrativi, al fine di orientare ed accompagnare la persona, secondo percorsi organizzativi tesi al superamento della frammentazione nella erogazione delle prestazioni e alla trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso nei confronti dei cittadini.

Per facilitare la prenotazione delle visite ambulatoriali e specialistiche da parte dei cittadini, va finalmente realizzato un *Centro Unico di prenotazione* (CUP), che dovrà operare in collegamento con i medici di medicina generale, con i Pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, e che farà capo alla rete CUP regionale integrata.

### 3. Realizzazione delle reti integrate dei servizi

In Regione Campania vi sono grandi differenze tra le diverse aree per quanto riguarda accessibilità dei servizi, livello di utilizzazione, risultati e costi. Le difficoltà nell'accesso e nel proseguimento del percorso di cura sono notevoli e lo sono soprattutto per le popolazioni e le categorie più disagiate con conseguenti grossi problemi di equità. Ciò spinge la popolazione dei diversi ambiti territoriali e le stesse istituzioni periferiche a chiedere ospedali vicini ed attrezzati per tutte le prestazioni. Ma questo non è realisticamente possibile, ed è anche dannoso. La dotazione, infatti, di ciascun ambito territoriale dell'insieme di servizi sufficienti a soddisfare localmente tutte le necessità assistenziali di una popolazione porterebbe ad una generale duplicazione dell'offerta, al decadimento della qualità dell'assistenza e ad un netto aumento dei costi, senza peraltro migliorare la qualità dei servizi (per mantenere aggiornate le competenze e le conoscenze degli operatori è infatti necessaria esperienza, e l'esperienza si fa quando i volu-

mi di attività sono elevati). Da qui la necessità di individuare un sistema di erogazione delle prestazioni attraverso il quale conciliare la diffusione ottimale dei servizi e delle competenze professionali con la sostenibilità dei costi, la continuità assistenziale, la qualità e l'equità. Tale sistema, che peraltro è già stato adottato in alcune regioni, si ottiene con la messa in rete delle diverse attività, attraverso la realizzazione delle *Reti integrate dei servizi*, in modo tale che crescenti livelli di competenza tecnico-professionale e dotazione tecnologica siano resi accessibili, ancorché collocate in aree territoriali diverse, a tutti i cittadini qualsiasi sia il punto di accesso nel sistema. In questo modo, le potenzialità dell'assistenza sanitaria si estendono oltre quelle effettivamente presenti in ciascuna unità produttiva o in un ambito territoriale dato.

La rete sarebbe organizzata secondo due livelli di complessità crescente: *un primo livello*, di norma su base provinciale, che garantisca l'autosufficienza di un determinato territorio per tutte le funzioni di cura ed assistenza al netto delle funzioni complesse e delle grandi specialità che saranno pianificate a livello sovra-aziendale e regionale; *un secondo livello* che garantisca tutte quelle funzioni complesse, altamente specialistiche o rare, la cui pianificazione ed organizzazione, richiede un investimento di risorse conspicio, non sostenibile nell'ambito individuato per l'autosufficienza territoriale.

Un tale riassetto ha importanti *implicazioni politiche e gestionali*, e costituisce la risposta vera alle obiezioni di cittadini ed amministratori che vorrebbero in loco tutti o quasi tutti i servizi, poiché il cittadino se viene coinvolto nei processi e se viene ben informato, vorrà avere la garanzia della qualità e della equità di accesso, e non che le strutture siano tutte presenti in uno stesso ambito territoriale. In questo modo si supera il fatto della struttura sanitaria quale proprietà esclusiva e patrimonio della comunità locale, perché

Il cittadino, se viene coinvolto nei processi e se viene ben informato, vorrà avere la garanzia della qualità e della equità di accesso, e non che le strutture siano tutte presenti in uno stesso ambito territoriale. In questo modo si supera il fatto della struttura sanitaria quale proprietà esclusiva e patrimonio della comunità locale.

ciascuna sede si giustificherà in funzione del ruolo svolto rispetto alle esigenze della rete in cui è compresa. Un'altra conseguenza è che il concetto di rete è incompatibile con il concetto di competizione tra le singole unità produttive, pubbliche o private accreditate, e richiede invece la loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo la tipologia ed i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito. Cambia quindi anche il rapporto con il privato accreditato, il cui ruolo si esplicherà e varrà anch'esso nell'ambito della rete.

#### 4. L'integrazione sovra-aziendale: l'area vasta e i consorzi d'acquisto

Un ulteriore livello di integrazione è dato dall'integrazione funzionale tra più aziende sanitarie per esercitare congiuntamente quelle funzioni sanitarie, amministrative e tecnico-professionali o di supporto, le cui caratteristiche sono tali da renderne ottimale la gestione allorché effettuata per aree sovra-aziendali attraverso l'integrazione tra servizi appartenenti ad aziende sanitarie diverse. È quello che in Toscana, ad esempio, prende il nome di *area vasta*. Obiettivi e finalità nella realizzazione di queste aree sono di migliorare il rendimento delle risorse e la qualità dei servizi, non alterando l'equità dell'accesso, nel caso dei servizi di carattere sanitario.

Tali concentrazioni possono riguardare servizi sanitari, in cui la componente tecnico-logistica è importante (laboratori, centri trasfusionali, logistica farmaceutica), servizi tecnici (aree tecniche ed uffici progettazione, servizi di ingegneria clinica e di fisica sanitaria, servizi informatici), amministrativi (servizi approvvigionamento, logistica economale, gestione stipendi, concorsi, formazione, copertura assicurativa), oltre che funzioni direttamente legate alla assistenza sanitaria, tra cui le alte specialità ed in particolare: trapianti, cardiochirurgia, neurochirurgia, grandi ustionati, riabilitazione intensiva, trauma center, cardiologia interventistica, sistema dell'emergenza-urgenza, cure intensive perinatali, centro antiveneni, procreazione medicalmente assistita, genetica medica, sistema trasfusionale ed ematologia, istituti dei tumori nell'ambito della rete oncologica.

In quest'ambito si possono anche considerare i *Consorzi d'acquisto*. Attualmente le aziende sanitarie della Campania si caratterizzano per la scarsa dimensione operativa delle strutture acquisti, che peraltro non possiedono una caratterizzazione specialistica nel campo, e quindi non sono in grado di far fronte alla sempre maggiore capacità d'influenza di un mercato ormai sopranazionale e dominato dalle ditte produttrici.

Da ciò anche alcuni effetti distorsivi a danno della trasparenza, dell'imparzialità ed economicità delle procedure di acquisto pubbliche.

Al fine di superare questi aspetti che nel tempo hanno contribuito non poco alla crescita del debito sanitario campano la Regione sta cercando di concentrare gli acquisti presso la SORESA, fin'ora con scarso risultato, stante le dimensioni e la specializzazione di questo mercato, per affrontare il quale mancano allo stato attuale le competenze necessarie.

Si propone, pertanto, di seguire una strada intermedia con la costituzione di strutture consortili interaziendali o per "area vasta", cui delegare oltre che gli acquisti anche altre funzioni tecnico-amministrative delle aziende non direttamente attinenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Ciò, tra l'altro, contribuirebbe ad accentuare il carattere delle aziende sanitarie in quanto fornitrice di ser-

vizi alla persona e alla collettività, riducendone i compiti di tipo gestionale e di supporto.

#### 5. Riqualificazione e rafforzamento della rete ospedaliera e dei policlinici

Su questo punto va fatta chiarezza, distinguendo tra i molti, piccoli presidi che generano spreco e debito e le Aziende Ospedaliere la cui funzione e il cui sviluppo vanno incentivati. Il 50 % degli ospedali campani, presenta un numero di posti letto inferiore a 400, e di questi la maggior parte ne ha meno di 200. La dimensione considerata ottimale è compresa tra 600-700. Molti presidi sono pertanto sottodimensionati, costosi, ed offrono prestazioni di bassa complessità, con una elevata percentuale di ricoveri inappropriati per prestazioni che meglio sarebbero soddisfatte se ci fosse una rete assistenziale territoriale organizzata ed efficiente. Questo avviene sia nel privato che nel pubblico.

È quindi scontato che molti presidi debbano essere chiusi o riconvertiti, questo doveva essere fatto già da tempo. Ciò che non è accettabile è che questo avvenga ora e con ritardo, sotto la spinta della necessità di ridurre il debito, e al fuori di un serio e ragionato piano di riconversione per funzioni di tipo primario.



Il 50 % degli ospedali campani presenta un numero di posti letto inferiore a 400, e di questi la maggior parte ne ha meno di 200. La dimensione considerata ottimale è compresa tra 600-700. Molti presidi sono pertanto sottodimensionati, costosi, ed offrono prestazioni di bassa complessità, con una elevata percentuale di ricoveri inappropriati.

Le Aziende Ospedaliere (7), a cui sono da aggiungere *due Aziende Universitarie e un IRCS*, presentano numerose problematiche che ne riducono l'efficienza quali: erogazione di prestazioni e ricoveri a bassa complessità che dovrebbero essere soddisfatti dalle strutture territoriali, inefficienze organizzative con inutili duplicazioni di Unità Operative, distribuzione ed organizzazione delle specialità inidonee a rispondere ai bisogni della popolazione, insufficiente dotazione tecnologica, scarso investimento sulla crescita e formazione del personale.

In alcune aziende e negli stessi policlinici universitari, si sono sviluppate negli anni unità specialistiche di buon livello, ma ciò è avvenuto non tanto sulla base di una analisi dei bisogni e secondo una azione programmata, ma sulla spinta di singole professionalità, per cui molte specialità non sono sufficienti a coprire le necessità o mancano addirittura (ad es. la riabilitazione intensiva per cerebrolesi e neurolesi, la cardiochirurgia interventistica e cardiochirurgia, neuropsichiatria, ematologia).

Poiché le AA.OO. devono costituire il baluardo contro la mobilità extraregionale ed il livello più elevato nella gestione dell'emergenza-urgenza, esse dovranno essere riqualificate per poter erogare prestazioni specialistiche che, per la bassa frequenza o la complessità dell'assistenza, richiedono professionalità e tecnologie adeguate ad assicurare la qualità dell'assistenza e il contenimento dei costi. Mentre dovranno essere trasferite ai servizi territoriali tutte quelle attività che non richiedono intensità delle cure e attività diagnostiche specialistiche. Le Aziende Ospedaliere di norma saranno costituite su base provinciale, anche se alcune saranno individuate come centri di riferimento regionale per l'alta specialità. Attualmente anche le AA.OO. sono sottoposte a tagli generalizzati. Ma se da una parte si razionalizza e si eliminano unità sovra ridondanti e poco efficienti, dall'altra sono necessari investimenti al fine di garantire la specializzazione, l'efficienza tecnica, la concentrazione della casistica, la tempestività di ricovero, la continuità terapeutica ed assistenziale.

#### 6. Rilancio della Prevenzione primaria e secondaria:i Dipartimenti di Prevenzione

La salute non dipende solo dalle politiche sanitarie ma anche dalle politiche produttive, di governo del territorio, di tutela dell'ambiente. Quindi il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica oltre a fornire tutti i servizi necessari alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e alla sicurezza nell'ambiente di vita e di lavoro, deve anche avere una funzione di stimolo e coordinamento rispetto ad azioni ed interventi che hanno un forte impatto sulla salute anche se non dipendono direttamente dai soggetti deputati al governo della sanità, ma da altri settori del governo regionale. Pertanto, oltre ad incentivare gli interventi di competenza, gli organi della prevenzione devono promuovere interventi concertati a livello regionale e locale fra i diversi soggetti responsabili della gestione e del governo del territorio, della tutela sociale, della tutela dell'ambiente, delle politiche del lavoro, dello sviluppo agricolo, zootecnico e della filiera alimentare.

Poiché la Regione Campania storicamente non ha investito sulle politiche di prevenzione e di tutela dell'ambiente, con conseguenze molto negative sulla salute dei suoi abitanti, si propone l'istituzione a livello regionale di un *Servizio per la Prevenzione e la Sanità Pubblica*, col compito di orientare, indirizzare

e coordinare i Dipartimenti di ciascuna ASL, all'interno del quale collocare, potenziandolo, l'Osservatorio Epidemiologico ed il Registro Tumori per tutta la Campania.

Si ritiene, in base alla situazione epidemiologica e di rischio esistente, che le azioni prioritarie debbano essere riservate a: *coordinamento con le politiche per la tutela dell'ambiente e del territorio, sicurezza alimentare, sicurezza sull'ambiente di lavoro, screening dei tumori prevenibili femminili e del colon-retto*.

##### A. Il coordinamento con le politiche per la tutela dell'ambiente e del territorio

Le attività a tutela dell'ambiente, che un tempo rientravano tra le competenze del Servizio Sanitario Nazionale sono ora trasferite al Ministero dell'ambiente e alle sue agenzie regionali, in Campania l'ARPAC. Col tempo ci si è resi conto che tale esautoramento della sanità ha avuto conseguenze negative in quanto ha abbassato la soglia di attenzione sullo stato delle principali matrici ambientali, come acqua, aria e suolo la cui qualità ha un forte impatto sia diretto che indiretto, attraverso la catena alimentare e non solo, sulla salute delle persone e degli animali.

In Campania l'ambiente ha subito un enorme deterioramento, che ha portato l'inquinamento a livelli non ancora completamente noti, comunque gravissimi e tali da aver prodotto un aumento di tumori e malformazioni oltre ad aver compromesso, forse irrimediabilmente, il suo potenziale agro-alimentare e la vita animale.

Si propone pertanto con urgenza l'istituzione di un



Poiché le AA.OO. devono costituire il baluardo contro la mobilità extraregionale ed il livello più elevato nella gestione dell'emergenza-urgenza, esse dovranno essere riqualificate per poter erogare prestazioni specialistiche che, per la bassa frequenza o la complessità dell'assistenza, richiedono professionalità e tecnologie adeguate ad assicurare la qualità dell'assistenza e il contenimento dei costi.

coordinamento operativo tra competenze della prevenzione sanitaria e della tutela dell'ambiente favorendo l'integrazione tra strutture ed operatori, e per seguendo la collaborazione tra i Dipartimenti di prevenzione, l'Agenzia per la Protezione ambientale (l'ARPAC), l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN), l'Istituto dei Tumori, l'Istituto zooprofilattico, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASSL, gli Enti locali.

Sono obiettivi prioritari per la Campania:

- *il miglioramento della qualità dell'acqua*, intensificando la sorveglianza sugli inquinanti chimici, oltre che biologici, ricostituendo e migliorando la rete idrica, valutando l'impatto sulla salute degli impianti di potabilizzazione, proteggendo le sorgenti, le fonti e le loro fasce di rispetto. Incentivarne inoltre l'uso, poiché l'acqua naturale è migliore di quella minerale, e anche perché la falsa alternativa dell'acqua minerale, a lungo andare, farà sì che si tutelino sempre meno l'acqua di falda e di sorgente.
- *il miglioramento dello stato del suolo e sotto-suolo*, attraverso bonifiche vere ed efficaci dei siti inquinati, potenziando la vigilanza ed il controllo sul territorio e sulle imprese che producono reflui e rifiuti, sull'apertura di nuove cave, infine adottando un Piano di smaltimento dei rifiuti che punti su raccolta differenziata e riciclaggio, con impianti finali, che non sono solo gli inceneritori, rispettosi dell'ambiente e delle popolazioni.

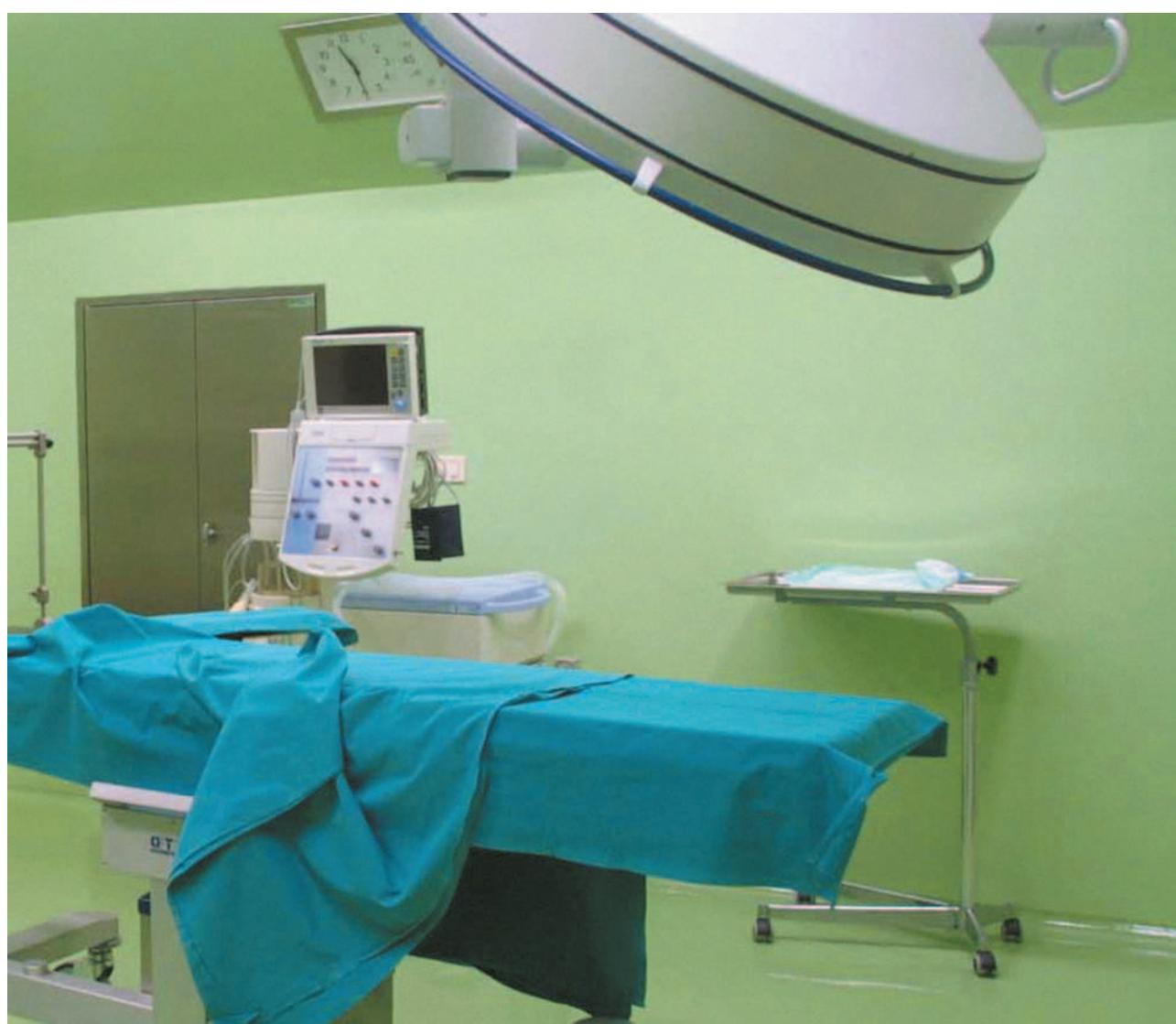
#### *B. La sicurezza alimentare*

La sicurezza alimentare deve basarsi su un "approccio completo ed integrato" che valuti tutta la filiera dalla produzione primaria e dei mangimi, alla lavorazione, all'immagazzinamento, al trasporto, alla distribuzione, alla vendita al dettaglio.

Purtroppo i controlli igienico-sanitari si attuano prevalentemente sulle fasi finali, mentre la produzione ortofrutticola e zootechnica, che pure è parte rilevante dell'economia, è a rischio sicurezza (con qualche eccezione per la produzione artigianale), per le gravi condizioni di inquinamento ambientale, per l'abuso di pesticidi e anche per il forte controllo che, su gran parte delle fasi, esercita la criminalità organizzata. Inoltre i controlli di laboratorio non sono né tempestivi né efficaci, non solo per le scarse risorse e la scarsa efficienza dei laboratori, ma anche per i condizionamenti che impediscono una azione trasparente della pubblica amministrazione.

Il problema è dunque largamente da ricondurre alla situazione di sofferenza che pesa sullo sviluppo complessivo della Campania e che condiziona anche l'approccio dei Servizi di Prevenzione che operano sulla materia: *Servizi di igiene degli alimenti, Servizi Veterinari, Laboratori di sanità pubblica, Istituto zooprofilattico del Mezzogiorno*.

È necessario quindi che, nell'ambito delle azioni regionali finalizzate alla bonifica dei suoli e al sostegno alle aziende agro-alimentari e alle loro associazioni anche nel contrasto alla criminalità, vengano rafforzati e potenziati i servizi di controllo ed i labora-



La salute non dipende solo dalle politiche sanitarie ma anche dalle politiche produttive, di governo del territorio, di tutela dell'ambiente. Il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica deve anche avere una funzione di stimolo e coordinamento rispetto ad azioni ed interventi che hanno un forte impatto sulla salute anche se non dipendono direttamente dai soggetti deputati al governo della sanità.



tori dotandoli di risorse umane e tecniche altamente qualificate.

In particolare: va riqualificata l'attività dei servizi abrogando pratiche inutili e sviluppando procedure operative basate sulla evidenza scientifica e su controlli mirati; va potenziata la rete di sorveglianza epidemiologica veterinaria; va migliorata l'efficienza dei laboratori provinciali e va istituito almeno un laboratorio ad alta specializzazione al fine di poter individuare e velocizzare la ricerca delle numerose sostanze tossiche (attualmente non analizzabili) presenti nel suolo, sottosuolo ed acqua.

#### *C. La sicurezza sull'ambiente di lavoro*

La Campania presenta un assetto produttivo e del lavoro, caratterizzato in molti casi da arretratezza, debolezza, instabilità e forte presenza di elementi di illegalità quando non di criminalità. Altri elementi che indeboliscono il sistema e con esso le condizioni di lavoro e di sicurezza dei lavoratori sono: la forte presenza di lavoro irregolare, precario e sommerso, la presenza numerosa di lavoratori stranieri (la parte più debole e ricattabile), la irregolarità degli appalti, una organizzazione del lavoro legata esclusivamente a recuperare produttività.

Da qui l'aumento degli infortuni, anche mortali, e delle malattie professionali (peraltro i dati non sempre sono attendibili).

Presupposto indispensabile per l'igiene e la sicurezza del lavoro, e per l'azione dei servizi di controllo, è la promozione di politiche che riducano il lavoro precario, irregolare e sommerso, lo sfruttamento di giovani ed immigrati, gli appalti irregolari e al massimo ribasso d'asta a costo della sicurezza e della qualità. È quindi necessario che le AA.SS.LL., i Dipartimenti di Prevenzione, i Servizi per la Tutela della salute sui luoghi di lavoro, cui la legge attribuisce in primo luogo il compito di vigilare per difendere e promuovere

la salute dei lavoratori, adottino, anche in questo caso, un approccio sistematico per stimolare gli organi competenti e le parti sociali ad assumere tutte quelle misure che si tradurranno anche in aumento della sicurezza e qualità del lavoro.

Pertanto deve essere formalmente previsto che i Servizi per la tutela della salute dei lavoratori, oltre ad attuare la vigilanza e la denuncia sistematica di tutte le situazioni che mettono a rischio la salute e la sicurezza del lavoratore come nell'edilizia, nei cantieri, nel lavoro sommerso, siano coinvolti nel monitoraggio delle condizioni di lavoro che si accompagnano alla flessibilità dei contratti atipici, nella verifica dei contratti di appalto e subappalto con l'introduzione di tutele per i lavoratori, nella formazione ed informazione efficace, continua, insistente e puntuale sui temi della salute e dei rischi lavorativi per incidere sui comportamenti individuali e collettivi, nella formazione dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sostenendone anche l'agibilità nelle aziende.

#### *D. Gli screening dei tumori della sfera genitale femminile e del colon-retto*

Gli screening rappresentano uno degli interventi strategici per la prevenzione di questo tipo di tumori, ed incidono direttamente sulla mortalità in quanto consentono il riscontro del tumore prima della sua manifestazione clinica. Ma in Campania, nonostante le ingenti quantità di denaro erogate ad AA.SS.LL. ed Università, e fatti salvi gli sforzi di singole professionalità, non esiste una azione programmata per la promozione e la organizzazione degli screening.

Ciò che stupisce ed irrita è la passività e la inconsapevolezza che, su questo importante tema di sanità pubblica, manifestano sia i vertici regionali ed aziendali che i responsabili nel campo dell'oncologia. Eppure basterebbe adottare ed applicare i protocolli già esistenti e collaudati, che hanno dato grossi risultati sia in Italia che all'estero.

Gli screening rappresentano uno degli interventi strategici per la prevenzione di questo tipo di tumori, ed incidono direttamente sulla mortalità in quanto consentono il riscontro del tumore prima della sua manifestazione clinica. Ma in Campania, nonostante le ingenti quantità di denaro erogate ad AA.SS.LL. ed Università, e fatti salvi gli sforzi di singole professionalità, non esiste una azione programmata per la promozione e la organizzazione degli screening.

Per concludere, l'attuazione di un sistema di prevenzione e vigilanza richiede la predisposizione di un grosso piano per la riqualificazione degli operatori, tenendo presente che il personale adibito ai controlli, spesso dispone di un livello di conoscenza ed esperienza non adeguato alla verifica di chi da tempo lavora nei settori che devono essere vigilati.

#### 7. Riorganizzazione e riqualificazione del privato accreditato

Il privato accreditato assorbe una grossa fetta delle risorse finanziarie della sanità campana e rappresenta una quota rilevante delle strutture del sistema di erogazione sanitaria. Rispetto ad esso va sfata l'idea che tra pubblico e privato debba esserci competizione e che ciò sia utile al miglioramento reciproco, perché è ormai abbondantemente dimostrato che ciò non serve a migliorare l'accesso e la cura dei cittadini ma introduce anzi gravi elementi di distorsione, tra cui l'aumento dei costi.

Anche per il privato si richiedono interventi di aggiustamento e correttivi profondi, in base ai quali si dovrà prevedere: la piena integrazione nel sistema sanitario del privato che risponda a criteri di efficienza e di efficacia, la sua esclusione qualora tali criteri non siano raggiunti.

In ogni caso il privato accreditato in possesso dei requisiti dovrà inserirsi secondo la programmazione dell'offerta ed i criteri di committenza stabiliti a livello regionale e locale sulla base dell'analisi dei bisogni. In questo contesto potrà essere anche chiamato a riadattare e riconvertire la propria produzione, in relazione alle esigenze di salute da soddisfare.

L'inserimento avverrà secondo una modalità di rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati, che vede i primi titolari della funzione di programmazione e di committenza, i secondi chiamati a rispondere alla esigenza dei soggetti pubblici di poter disporre di erogatori di servizi dotati di specifica competenza tecnico-professionale, organizzativa ed imprenditoriale qualificata sulla base di requisiti che vengono

certificati attraverso l'accreditamento.

Il sistema di accreditamento dovrà avvenire con procedure imparziali, secondo criteri organizzativi e requisiti di qualità unici e comuni col pubblico, ed in coerenza con la programmazione regionale e zonale, che, sulla base del rapporto tra domanda ed offerta, garantisce il fabbisogno di servizi, prestazioni e dotazioni ritenute necessarie.

In particolare si avanzano le seguenti proposte:

- Identificare le strutture di ricovero private convenzionate qualitativamente più credibili e procedere alla "riqualificazione" delle stesse secondo i requisiti reali ed oggettivabili previsti dall'accreditamento istituzionale, favorendo la fuoriuscita del privato che non dia garanzia di qualità e serietà e contrattando, in sede di programmazione locale e regionale, volumi e tipologia delle prestazioni: in quest'ottica andranno dismesse tutte quelle strutture medio - piccole, che erogano prestazioni cliniche e diagnostiche, e che in Campania sono una moltitudine, che, oltre ad essere costose per il Servizio Sanitario, non sono produttive e non garantiscono la qualità delle prestazioni.
- Stabilire che le strutture private accreditate, nel momento in cui accettano di essere inserite nella programmazione sanitaria regionale, si impegnano a rispettare il volume massimo di prestazioni definito in sede contrattuale sulla base degli obiettivi di salute e dei programmi di integrazione dei servizi. Qualora la produzione delle prestazioni sia eccedente quella stabilita per il fabbisogno, dovranno procedere alla riconversione delle stesse per attività necessarie e carenti in ambito locale. Ciò non esclude che gli ospedali privati possano essere chiamati a fornire risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri, attraverso la messa in rete dei propri posti letto, nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati.



Va sfata l'idea che tra pubblico e privato debba esserci competizione e che ciò sia utile al miglioramento reciproco, perché è ormai abbondantemente dimostrato che ciò non serve a migliorare l'accesso e la cura dei cittadini ma introduce anzi gravi elementi di distorsione, tra cui l'aumento dei costi.

- Stabilire che i requisiti delle strutture e dei servizi in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, dovranno essere analoghi a quanto previsto nel pubblico. Stabilire inoltre che la remunerazione deve avvenire a consuntivo, sulla base dei risultati raggiunti in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza delle attività effettivamente rese ed in aderenza alla casistica concordata.
- Realizzare un efficace sistema di controlli, per prevenire eventuali comportamenti opportunistici. I controlli saranno effettuati dalla ASL per le attività non specialistiche e dalla Regione per le attività ad elevata specialità.
- Ribadire la incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, nonché del restante personale, compreso quello universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate, cui pertanto è vietato avere nel proprio organico, o in qualità di consulente, personale medico e non in posizione di incompatibilità.

#### 8. Finanziamento.

*Il Fondo Sanitario e Sociale regionale* (nell'ipotesi di unificazione dei due assessorati) dovrebbe prevedere una quota per la gestione sanitaria ordinaria e per

Si propone che la previsione di spesa effettiva sia riportata su ciascuna ASSL sulla base della popolazione residente con correzioni per situazioni specifiche.

Col finanziamento assegnato, la ASSL dovrà remunerare tutti i servizi. Ne deriverebbe una forte responsabilizzazione dei Direttori Generali.



l'autosufficienza socio-sanitaria, ed un fondo per investimenti e per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale.

Si propone, inoltre, che la previsione di spesa effettiva sia riportata su ciascuna ASSL sulla base della popolazione residente (con una quota per la popolazione migrante temporaneamente residente), con correzioni per situazioni specifiche. Col finanziamento assegnato, la ASSL dovrà remunerare tutti i servizi gestiti dalla stessa o da altri (pubblici e privati, regionali ed extraregionali), che forniscono prestazioni ai cittadini del proprio territorio.

Ne deriverebbe una forte responsabilizzazione dei Direttori Generali che sarebbero incentivati a realizzare e far funzionare i servizi in loco, a ridurre inefficienze e sprechi, ovvero a rispondere per carenze che spingessero i propri cittadini altrove.

Nell'ambito del *fondo socio-sanitario ordinario*, va rivisto il tariffario prevedendo oltre alle tariffe per le singole prestazioni erogate, anche tariffe di remunerazione per funzioni integrate, tariffe che valorizzino determinati percorsi (es.: parto naturale) e, viceversa, penalizzino comportamenti non appropriati (es.: taglio cesareo, tonsillectomie), opportunistici o diseconomici. Vanno anche rivisti i finanziamenti per attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario in relazione alla complessità organizzativa (es.: Pronto Soccorso, Terapie Intensive ed Emergenza).

Il *fondo investimenti per la ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale* è da destinare alla semplificazione e riconversione della rete dei presidi ospedalieri secondo le nuove utilizzazioni previste, alla qualificazione delle aziende ospedaliere, alla integrazione e rinnovo del parco tecnologico, alla manutenzione delle strutture in esercizio secondo i criteri dell'accreditamento, al miglioramento delle condizioni di accoglienza, alla formazione del personale. Per reperire ulteriori fondi, si propone l'attuazione di un protocollo di intesa per l'utilizzo dei fondi l'INAIL, analogamente a quanto fatto da altre Regioni, ed il cofinanziamento da parte di soggetti privati.

Ciascuna delle proposte delineate va articolata tecnicamente. Si ritiene tuttavia che esse possano costituire un base di riflessione per il ripensamento del sistema sanitario campano.

Vi sono altri due aspetti dai quali non è possibile prescindere affinché qualsiasi proposta possa trovare applicazione: si tratta del *personale* e della *partecipazione*.

Il *personale*, dirigenti ed altre componenti, va assolutamente recuperato ad una dimensione etica e di fattiva collaborazione. Innanzitutto va eliminata la piaga del precariato, che mantiene gli operatori in uno stato di ricatto, sottomissione e dequalificazione. Poi va approntato uno straordinario piano di formazione ed aggiornamento per tutti gli operatori, ed in particolare per coloro che si troveranno in mobilità ed in esubero rispetto alle provenienze originarie per i processi di riconversione e razionalizzazione previsti.

La *partecipazione* è l'altro aspetto che va curato per consentire alle comunità e alla popolazione di capire come funziona l'accesso ai servizi del sistema sanitario, per capire le ragioni della chiusura e/o riconversione di taluni presidi, vicini sì ma inefficienti ed inutili, per capire quali sono i percorsi, quali sono le vere utilità per la propria salute al di là dei facili campanilismi, ma soprattutto per imparare a riconoscere il proprio diritto alla salute e pretendere che esso venga rispettato.

# Governo della sanità come coniugare contingenza economica e qualità

di Maria Triassi

L'attuale situazione della Sanità Campana costringe i tecnici a confrontarsi e a formulare proposte affinché i tagli e i risparmi necessari non vadano a penalizzare (almeno non in modo eticamente inaccettabile) la qualità dell'assistenza erogata.

La priorità della valutazione tecnica va data a 3 punti fondamentali dai quali dipende il futuro della sanità nella nostra regione.

## La rimodulazione delle reti ospedaliera.

Il Piano Regionale Ospedaliero, così come approvato dalla Giunta e così come modificato nella più recente proposta, prevede tagli di posti letto con accorpamenti e/o chiusura di Unità Operative. Nella operatività della rimodulazione bisognerà tenere presente alcuni fattori:

- la chiusura di ospedali o di Unità Operative non sarà necessariamente una operazione vantaggiosa se le risorse liberate non verranno reimpiegate in altre attività da potenziare;
- le trasformazioni che saranno effettuate andranno comunque monitorate in termini di indicatori epidemiologici per la valutazione dello stato di salute della popolazione.

## Le integrazioni Ospedale-Territorio e il monitoraggio epidemiologico dello stato di salute della popolazione.

Una recente ricerca della Fiaso pubblicata sul Sole 24 ore Sanità ed effettuata su 13 AA.SS.LL. a livello nazionale evidenzia proprio questo: non è possibile contenere la spesa e allo stesso tempo garantire una elevata qualità assistenziale se non passando per la deospedalizzazione ed il potenziamento dell'offerta territoriale.

mento dell'offerta territoriale.

La via obbligata per la Sanità dell'immediato futuro è dunque quella del progressivo travaso dell'utenza con patologia a bassa complessità dall'ospedale a quella variegata offerta territoriale che permette di rendere flessibile la risposta. Dunque parliamo dei presidi intermedi, di ambulatori distrettuali, di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta. Per attuare ciò, tuttavia, sono necessarie alcune operazioni di *management* regionale e aziendale. La valutazione dell'efficacia del *management* aziendale passa attraverso l'uso e il monitoraggio di indicatori dello stato di salute non solo tradizionali, ma anche innovativi (es.: migrazioni intra ed extraregionale, tasso di consumo di farmaci ed alto costo per patologie). Occorre creare una rete di interazione e collaborazione tra gli attori del territorio. Non c'è rapporto o c'è addirittura competizione fra i medici di famiglia e pediatri di libera scelta e i professionisti dipendenti dalle AA.SS.LL. (distretti, consorzi) le cui competenze si sovrappongono. Eppure, d'altro canto, senza queste strutture di interazione, non è possibile governare i percorsi diagnostico-terapeutici, riabilitativi ed assistenziali. L'alleanza tra i professionisti convenzionati e servizi territoriali della sanità è il presupposto indispensabile del cambiamento di rotta necessario per l'ottimizzazione della spesa in sanità che vada però di pari passo con l'incremento della qualità assistenziale e, soprattutto, dello



Non è possibile contenere la spesa e allo stesso tempo garantire un'elevata qualità assistenziale se non passando per la deospedalizzazione ed il potenziamento dell'offerta territoriale. La via obbligata per la Sanità è dunque quella del progressivo travaso dell'utenza con patologia a bassa complessità dall'ospedale a quella variegata offerta territoriale che permette di rendere flessibile la risposta.

stato di salute, ossia lo scopo dell'esistenza del sistema sanitario.

L'unica via perseguitabile, se si vuole un risultato di lungo respiro, è quella della riorganizzazione strutturale dell'offerta sanitaria, nel senso della creazione di percorsi assistenziali che prevedano la qualificazione delle seguenti tappe operative: a) filtro della domanda, con l'obiettivo di ridurre i ricoveri evitabili, potenziando la medicina territoriale; b) monitoraggio degli investimenti in strutture e tecnologie ad alto costo, che spesso vengono sottoutilizzate o non hanno utili e ricadute giustificabili o, peggio, rappresentano doppioni; c) miglioramento dei collegamenti tra territorio e ospedale, nell'ottica della facilitazione degli accessi e riduzione dei tempi di attesa; d) monitoraggio periferico dello stato di salute della popolazione attraverso la standardizzazione di indicatori epidemiologici che comprendano oltre alla mortalità, anche i ricoveri ospedalieri, le prestazioni improprie ed il livello di soddisfazione dell'utenza.

Le suddette tappe implicano inevitabilmente la valorizzazione dei distretti, che qualificano la prevenzione, le cure primarie, il percorso socio-sanitario, la medicina generale. Quest'ultima, che rappresenta il vero filtro della domanda, deve essere valorizzata e coinvolta nella organizzazione distrettuale e nel monitoraggio della risoluzione dei problemi, e non soltanto controllata con il sistema del funzionariato ispettivo e sanzionatorio.

Da quanto detto emerge quale è il vero punto di arrivo metodologico: i percorsi di riorganizzazione e monitoraggio devono inevitabilmente confluire nella modifica e adeguamento della legge regionale numero 32, che diventa in tal modo un punto di arrivo maturato dall'esperienza, così come dovrebbe essere qualsiasi percorso legislativo di riorganizzazione.

#### Qualificazione e riorganizzazione della prevenzione

Gli ultimi eventi relativi alla crisi dei rifiuti hanno suscitato una riflessione sulla necessità di rifondare l'assetto della prevenzione in Campania. Il sistema risulta altamente disarticolato e non integrato nelle sue varie componenti anche a seguito del referendum del 1993 che ha di fatto enucleato i controlli ambientali dalle AA.SS.LL. In modo particolare:

- i Servizi di Igiene e Sanità pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL.

devono essere profondamente riorganizzati, potenziati, qualificati anche con l'inserimento di nuovi laureati, compresi quelli delle lauree triennali e specialistiche dell'area dell'Igiene e della Sanità pubblica, preparati anche nel campo dell'Igiene Ambientale, degli Alimenti e della Comunicazione del Rischio. Le assunzioni di nuovi operatori devono avvenire con modalità che escludano, in modo rigoroso, ingerenze di qualsiasi genere ed assicurino finalmente scelte legate esclusivamente al merito. Ciò deve valere anche e soprattutto nella scelta dei direttori delle unità operative, dei servizi e dei dipartimenti. La prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti, la sicurezza alimentare e nutrizionale, la tutela della salute dei consumatori necessitano anche l'istituzione di un Laboratorio di Sanità Pubblica Regionale che deve funzionare da momento di integrazione dei controlli e tra i controlli ambientali e lo stato di salute della popolazione.

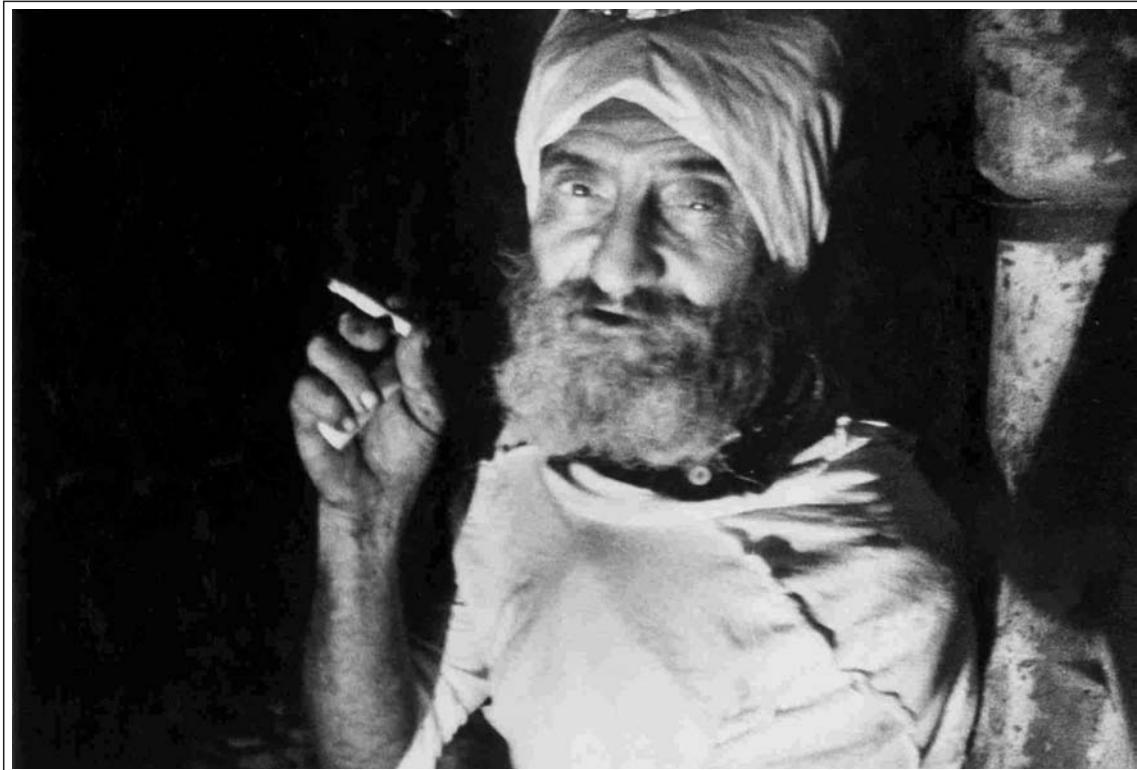
- la collaborazione con i Comuni è determinante, sia per la tutela dell'ambiente che per il rilancio della prevenzione primaria. Non dimentichiamo che i sindaci sono la principale autorità sanitaria di una amministrazione.
- i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. devono svolgere un compito essenziale, cioè quello di strumento tecnico del Sindaco, quale autorità sanitaria locale. In questo modo si favorisce anche la partecipazione dei cittadini ad un effettivo e responsabile controllo democratico.
- la promozione della salute, anche alla luce della recente situazione campana, appare ogni giorno di più una condizione indispensabile ed un importante strumento per lo sviluppo economico e sociale delle realtà locali, delle Regioni, dell'intero Paese.

Un'ultima osservazione: la soluzione dei due problemi più cogenti, il debito e la ristrutturazione dell'offerta assistenziale, non sono perseguitibili se non sono governati da livelli di regia, sia a livello politico che a livello amministrativo, che non sposino come obiettivo prioritario quello della qualità, a tutti i livelli, compreso quello degli incarichi ai Dirigenti Sanitari.



**alfabeto**  
democratico

V I S I O N I



Periodico  
di Cultura Politica

Anno II n° 3 - Novembre 2008

*Direttore Responsabile*  
MICHELE CAIAZZO

*Redazione:*  
Luigi Antignani  
Paolo De Luca  
Michele Grimaldi  
Ilaria Perrelli  
Mimmo Pinto

*Segreteria di redazione*  
Rosa Barone  
Giuliana Ripoli

*Coordinamento Fotografico /*  
*Foto di copertina*  
Luciano Ferrara

*Fotografie*  
Agnfoto  
Paolo Manzo

*Sede*  
Centro Direzionale  
Isola E5 Napoli

*Editore*  
Associazione Il Pettiroso  
Piazza Primavera  
Pomigliano d'Arco (Na)

*Progetto Grafico*  
DuvaeDuvu sas

*Stampa*  
Centro Stampa Tuccillo  
Afragola (Na)

Registrato presso  
il Tribunale di Napoli  
n. 11 con Decreto del  
21/02/2007

Puoi scriverci a:  
[info@alfabetodemocratico.it](mailto:info@alfabetodemocratico.it)

*Gli autori di questo numero:*

ATTILIO BIANCHI  
Dir. Gen. A.O. Ruggi D'Aragona - SA

MICHELE CAIAZZO  
Consigliere Pd Regione Campania

CLAUDIO CLINI  
Dir. Gen. Agenzia di Sanità Pubblica  
ROMA

ANTONIO CORRERA  
Primario Pediatra Ospedale SS.  
Annunziata - NA  
Tesoriere Società Italiana di Pediatria

CORRADO CUCCURULLO  
Economista sanitario

MASSIMO DE SIENA  
Chirurgo SSN

ANTONIO GIORDANO  
Professore di Patologia Umana ed  
Oncologica - Università di Siena

LORETTA MUSSI  
Medico, direttore Associazione "Un  
ponte per"

MARCO G. PAGGI  
Dirigente medico, Istituto Regina  
Elena per lo Studio e la Cura dei  
Tumori - ROMA

MARIA TRIASSI  
Ordinario di Igiene - Università di  
Napoli Federico II

LIVIA TURCO  
Deputato Pd, ex Ministro della Salute

La salute è contemporaneamente  
un diritto fondamentale dell'uomo  
e un buon investimento sociale.

Per accrescere lo stato di salute di tutti i loro cittadini,  
è necessario che i governi investano risorse  
nella politica pubblica per la salute e nella promozione della salute.

Il fatto che le persone possano accedere agli elementi essenziali  
per una vita sana e soddisfacente  
è un principio fondamentale di giustizia sociale.

Allo stesso tempo, ciò accresce la produttività della società  
nel suo complesso, dal punto di vista sociale ed economico.  
... una politica pubblica per la salute realizzata nel breve periodo  
porta a benefici economici a lungo termine.

Devono essere fatti ulteriori sforzi  
per collegare in un'azione integrata  
la politica economica, la politica sociale  
e quella a favore della salute.

(Le Raccomandazioni di Adelaide sulla politica pubblica per la salute,  
Seconda Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute,  
Adelaide - Australia, aprile 1988)