

ti con le strutture pubbliche e private e i professionisti, eroganti prestazioni sanitarie, accreditati"); la pianificazione aziendale degli interventi necessari per garantire la sicurezza nelle strutture sanitarie; la programmazione zonale degli interventi, quale primo adempimento per rendere effettiva e praticata l'integrazione sociosanitaria; la progettazione assistenziale individualizzata, che sostanzia il potenziamento delle attività d'assistenza domiciliare integrata; la pianificazione dei percorsi di formazione in sede aziendale.

Il Piano sanitario nazionale si presenta, dunque, in larghissima parte come un meta-programma i cui contenuti sono destinati a promuovere, precisare, tracciare i capisaldi essenziali di una pluralità d'ulteriori adempimenti programmatori posti a carico dello Stato, delle Regioni, delle Aziende.

A.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Il quadro della **programmazione regionale**, in applicazione del Psn, non è di certo esaltante. poche regioni, al giugno 1999, hanno predisposto (e non sempre approvato) il Piano sanitario regionale.

E per la componente sociosanitaria la situazione appare ancora più problematica (i Piani sociali sono pochissimi e la parte relativa all'integrazione, nei Psr, non gode di particolare sviluppo). Le osservazioni tratte dall'esperienza trovano, dunque, una conferma nell'obiettivo scarsità delle produzioni programmatiche regionali.

La **capacità di previsione** dimostrata dal normatore nazionale in occasione delle varie leggi finanziarie che si sono via, via succedute dal '96 ad oggi risulta essere, inoltre, ancora insufficiente.

La RssP, infine, evidenzia come, in relazione alla previsione di spesa per il personale; beni e servizi; farmaceutica convenzionata; medicina generale convenzionata e ospedaliera convenzionata si siano determinati sfondamenti più o meno consistenti.

B) RESPONSABILITÀ

B.1) Il Piano sanitario nazionale

Se, da un lato, nel testo del Psn non esiste un paragrafo esplicitamente dedicato al tema della *Responsabilità*; dall'altro lato, una molteplicità di contenuti chiama in causa, in modo implicito, svariati ambiti di responsabilità.

Il primo coincide con l'insieme degli assetti organizzativi e gestionali afferenti al sistema dell'Azienda USL, in particolare:

- l'affiancamento all'assistenza ospedaliera di due, soli, altri livelli assistenziali — distrettuali e sanitario collettivo in ambienti di vita e lavoro — tende a valorizzare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione, in coerenza con l'obiettivo di potenziare lo sviluppo delle funzioni di prevenzione; ricomponi, all'interno del Distretto, tutte le attività d'assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero, con ciò eliminando — tramite questa "reductio ad unum" — i precedenti tre livelli relativi all'assistenza di base; all'assistenza specialistica e a quella semi-residenziale e residenziale. Cresce, conseguentemente la responsabilità di queste, due strutture organizzative nel realizzare le strategie di Piano all'interno dell'ambiente aziendale;
- per quanto concerne il Distretto, poi, tale responsabilità si trasfonde, specificandosi, nell'identificazione della figura del Responsabile di Distretto cui viene primariamente assegnato il compito di dirigere le "risorse professionali, economiche e d'altra natura" in esso presenti;
- il Piano, inoltre, richiama i temi dell'aziendalizzazione enfatizzando quegli aspetti cui si collegano, perspicuamente, fattori di responsabilità. Ad esempio: l'attivazione della contabilità economica (e di quella analitica per centri di costo) che postula la definizione di Centri di responsabilità corrispondenti alle principali articolazioni organizzative aziendali e la nomina dei corrispondenti titolari, la cui autonomia funzionale si correla alla responsabilità di gestione dei Budget assegnati. Ancora, si moltiplicano gli ambiti e gli strumenti di controllo; dalla valutazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi dati (che è pratica connaturata al processo di programmazione), al controllo del comportamento degli erogatori pubblici e privati (con particolare riguardo alla modificazione del mix delle attività erogate; alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza).

Il secondo ambito di responsabilizzazione s'identifica con la pratica di comportamenti e stili di vita che incidono notevolmente sullo stato di salute di ciascun essere umano.

In rapporto ai quattro fattori considerati — alimentazione; fumo; alcol; attività fisica — il Psn individua il problema e fissa gli obiettivi e le conseguenti azioni atte a rimuoverlo o a ridurlo.

Pressoché tutte le azioni previste consistono in attività promozionali, di stimolo, educative, di limitazione dei consumi e degli abusi che richiamano e necessitano, per essere minimamente efficaci, una potente assunzione di responsabilità da parte dei cittadini, in genere, e di peculiari target di soggetti a rischio, in particolare.

B.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Nella RssP si evidenzia una netta distinzione fra responsabilità degli operatori e responsabilità degli utenti.

Trattando, ad esempio, al punto 3.4.2.2. della Assistenza farmaceutica convenzionata, la RssP rileva l'estrema variabilità del fenomeno prescrittivo (n. ricette) e del costo medio per ricetta nel panorama regionale italiano (si oscilla dalle 51.000 lire in Friuli-Venezia Giulia alle 39.000 lire della Regione Emilia-Romagna) e conclude: "il 1998 ha fatto registrare un aumento del numero di ricette rispetto agli anni precedenti con un conseguente aumento del costo-medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare, sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari ed i cittadini ad un uso più ragionevole dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato".

Il capitolo *stili di vita e fattori di rischio* descrive lo stato dell'arte per quanto concerne i modi d'essere consoni a dimostrare se esiste, e in quale misura, da parte del cittadino, una gestione responsabile della propria salute con ciò fornendo un primo riscontro empirico agli obiettivi di salute formulati nel Psn.

Nel constatare come l'Italia abbia standard nutrizionali più salutarî rispetto ad altri paesi, la RssP, pone l'accento sul problema dell'obesità. In Italia il fenomeno è in aumento; cresce con il crescere dell'età; si manifesta in percentuali più consistenti a mano, a mano che si passa dal Nord al Centro-Sud e, soprattutto, riguarda più gli uomini che le donne.

L'abitudine al fumo — altro fenomeno su cui il Psn prevede di intervenire — presenta un andamento sostanzialmente positivo, per quanto concerne una costante tendenza al decremento, anche se i valori di consumo rimangono molto al di sopra delle percentuali fissate dal Piano.

Il consumo di alcol, infine, cambia in rapporto alla tipologia del prodotto (meno vino; più superalcolici e birra); alla età del bevitore (i più giovani consumano di più, fuori pasto, alcolici e birra) e al suo sesso (i maschi giovani, assai di più delle donne di pari età). Ciò configura una realtà quasi speculare rispetto a quella che rappresentava i comportamenti giovanili nei confronti del fumo. Una elevata tendenza alla riduzione del consumo,

in quest'ultimo caso, contrapposta ad una propensione de-responsabilizzante (innescata da noia e stress da tempo libero) verso l'assunzione di sostanze alcoliche.

Un ulteriore aspetto che segnala comportamenti corroborati da scarsa responsabilità nell'esercizio di competenze istituzionali è posto in rilievo dalla RssP al punto 3.5.5. "gli interventi ex art. 20 L. 67/88". Nonostante che i meccanismi di fruizione dei finanziamenti si siano, nel tempo, modificati divenendo più agili e tempestivi, i ritardi e le omissioni nel loro utilizzo, in particolare, nelle Regioni del Sud continuano.

Con una assegnazione, al 1996, di circa 3.000 miliardi, i programmi partiti in ritardo presentano particolari criticità (confermate, dalle numerose richieste di proroga dei termini previsti per lo sviluppo del procedimento relativo alla realizzazione delle opere).

Un tale dato di fatto ha suggerito al Ministero della Sanità la opportunità di costituire una sorta di "osservatorio delle soluzioni" che rappresenti una "occasione di scambi e condivisione delle informazioni a supporto di quelle strutture (regionali e locali) che hanno minore facilità nella programmazione/realizzazione degli interventi".

C) APPROPRIATEZZA

C.1) Il Piano sanitario nazionale

Il Psn pone, fra le proprie idee forti, quella di "promuovere l'uso appropriato dei servizi" e, coerentemente, affronta alcune delle aree di intervento in cui si esprimono le varie anime della appropriatezza:

- **appropriatezza clinica e dei trattamenti assistenziali**

Il Piano prevede di avviare un "Programma nazionale per la elaborazione, la diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici".

Lo sviluppo delle linee guida è orientato a:

- selezionare le condizioni cliniche e gli interventi sanitari secondo criteri espliciti di priorità;
- interessare tutti i potenziali destinatari (operatori, cittadini, amministratori) nelle fasi di elaborazione, diffusione e valutazione;
- coinvolgere diversi livelli di responsabilità del Ssn nelle fasi di elaborazione (raccolta e analisi delle evidenze scientifiche utilizzabili per la costituzione delle linee guida); di diffusione delle linee guida in modo che entrino nella pratica assistenziale; di

verifica del loro impatto sulla qualità e sui costi dell'assistenza. Dopo aver indicato le prime dieci linee guida da predisporre entro il primo anno di validità, il Piano specifica che devono essere considerate come prioritarie le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili con l'evidente intento di ridurre l'uso inappropriato della degenza ospedaliera.

- **appropriatezza nel garantire standard strutturali e assistenziali**

Il riconoscimento, alle strutture sanitarie pubbliche e private, del possesso dei requisiti indispensabili per garantire una assistenza di qualità può essere tradotta in una sintesi valutativa di appropriatezza.

Tali strutture, se riconosciute capaci di garantire un appropriato standard di qualità assistenziale, vengono accreditate. Il grande, nuovo e difficile capitolo dell'accreditamento si fonda, dunque, su di un giudizio complessivo di appropriatezza.

- **appropriatezza nella definizione delle tipologie e delle quantità di interventi ritenuti essenziali**

A ciò servono i Piani preventivi di attività (già previsti, peraltro, dalla L. 549/95) attraverso i quali si definisce il volume e la tipologia delle prestazioni negoziate con le strutture pubbliche e private e con i professionisti accreditati. L'appropriatezza ad essi sottesa consiste nel far sì che tali tipologie e volumi siano compatibili con i livelli di spesa programmati e con la qualità dell'assistenza prestata.

C.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

I dati relativi agli indici di vecchiaia indicano una duplice tendenza: l'innalzarsi del livello della speranza di vita e, contemporaneamente un decremento della speranza di vita libera da disabilità.

Una popolazione sempre più vecchia e con uno stato di autonomia sempre più precario, pone, in prospettiva, pesanti interrogativi al Sistema Sanitario del nostro paese.

Le malattie croniche non letali a lento decorso, provocano danni di consistenza variabile alle sfere della mobilità, delle funzioni di auto-accudimento e della comunicazione e alimentano una domanda assistenziale la cui soddisfazione dipende, in misura sempre maggiore dalla predisposi-

zione di servizi opportunamente modulati, in termini di appropriatezza, in rapporto ai diversi livelli di non auto-sufficienza.

Le considerazioni già espresse precedentemente in merito ad un eccesso di prescrizione farmaceutica pongono, inevitabilmente anche problemi di uso appropriato del farmaco, a partire dal rispetto delle note CUF, rispetto alle quali, l'appropriatezza riverbera, non solo sugli aspetti della efficacia terapeutica ma anche su quelli dell'equa partecipazione degli utenti al costo del Servizio sanitario nazionale.

Trattando al punto 3.4.3.2 degli "Ospedali pubblici: strutture ed attività", la RssP rimarca come l'*offerta* di posti letto per acuti, pur essendosi decrementata dal '96 al '98, rimane superiore agli standard fissati dal legislatore (4,5‰ di pp.ll. per acuti, a fronte di un 5,2‰ reale) e quella di posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie si conferma, invece, ancora sottodimensionata rispetto ai parametri standard (0,6‰ reale a fronte di una previsione dell'1‰)

La insufficiente diversificazione dell'offerta di ricovero, abbinata al fatto che dei 140.000 posti previsti in R.S.A. dedicate ad anziani e disabili, solamente 24.141 sono stati, fino ad ora, realizzati, è la causa verosimile di un ricorso inappropriato alla degenza ospedaliera sia pubblica che privata.

D) EGUAGLIANZA/EQUITÀ

D.1) Il Piano sanitario nazionale

"Diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute" è un'altra delle *idee forti* che qualificano il Psn. Partendo dalla constatazione che "le persone, i gruppi sociali e le aree geografiche meno avvantaggiati presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi", il Piano giunge alla conclusione che "le politiche per la salute devono contrastare le disuguaglianze irrobustendo le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico".

Queste premesse trovano una corrispondenza puntuale in almeno tre scelte che il Psn coerentemente sviluppa:

- il **rafforzamento delle garanzie di assistenza** che devono essere date ai *soggetti deboli*, ovverossia a "tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità". Vi rientrano gli stranieri immigrati; i tossicodipen-

denti; i malati di mente, i minori a rischio e, in particolare, i disabili al di sotto della soglia di povertà che necessitano di interventi programmati, continuativi e integrati; gli anziani gravemente non autosufficienti e le persone nella fase terminale della vita.

- La introduzione dei **livelli essenziali di assistenza**, intesi come quell'insieme di interventi necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali) e appropriati (in ordine alle esigenze di salute e alle modalità di erogazione delle prestazioni) che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute. Questi ultimi riferimenti alla disomogeneità delle esigenze assistenziali e delle situazioni a rischio opera un potente richiamo al principio della equità di fruizione delle risposte in rapporto, sia alle condizioni di accesso, sia all'impiego delle risorse.
- La identificazione — in coerenza con la introduzione del criterio della uniformità distributiva della offerta essenziale — di alcuni dei principali fattori di diseguaglianza: la inadeguata offerta dei servizi; la carenza di informazioni su disponibilità e modalità di accesso; la presenza di tempi di attesa elevati in rapporto alle necessità assistenziali. In particolare, sui tempi di attesa si è concentrata l'attenzione, non solo del Psn ma anche di altri provvedimenti normativi. Essi, infatti, sono rivelatori, non solo di un profondo e diffuso disagio, ma anche di una percezione di iniquità che gli utenti normalmente esprimono confrontando la disparità evidente fra il trattamento cui è sottoposto chi fruisce delle prestazioni (ambulatoriali; di accertamento diagnostico; di trattamento in day-hospital o in costanza di ricovero) istituzionalmente garantite dalla Azienda tramite il proprio personale dipendente e chi può permettersi, invece, di ricorrere alla offerta di prestazioni in regime libero-professionale (intra-moenia) garantite da quelle stesse unità di personale.

D.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Nell'illustrazione, al punto 3.5, della "gestione finanziaria del Ssn", la RssP evidenzia che:

- il Ssn è sostanzialmente finanziato tramite i prelievi che derivano dalla fiscalità generale (regionale e statale);

- sempre di più — attraverso l'applicazione dei ticket — i cittadini concorrono, anche se per importi relativamente modesti, ad incrementare la voce entrate proprie dei bilanci aziendali;
- il finanziamento complessivo risulta essere, comunque, insufficiente a coprire la spesa complessiva, con ciò determinandosi un disavanzo (nel 1998, di circa 9.100 miliardi).

Questo stato delle cose comporta una duplice riflessione:

- il sistema sanitario italiano ha natura universalistica e si fonda sul principio di solidarietà fiscale, fatto di transazioni fra chi più contribuisce e chi più usufruisce, al bisogno, delle prestazioni assistenziali;
- questo meccanismo, intrinsecamente equitativo, non è più sufficiente a coprire l'intero fabbisogno finanziario. Ne deriva, conseguentemente, la necessità di controllare con maggiore incisività la domanda introducendo, quale deterrente, la compartecipazione ai costi da parte dell'utente (ticket) e — considerato che anche questa misura si rivela insufficiente — di raffreddare l'offerta tramite l'introduzione di elementi di selettività più consistenti attraverso l'identificazione dei "servizi e delle prestazioni essenziali".

In merito a questi aspetti, la RssP — riferendo sinteticamente dei risultati scaturiti dalla "indagine conoscitiva sul grado di soddisfacimento dei cittadini nel rapporto con le strutture del Ssn" — sottolinea come già oggi, pur nella precarietà di uno status organizzativo e gestionale che ha richiesto significativi mutamenti, il sistema sanitario italiano è orientato a rispondere alle esigenze di uguaglianza e di equità manifestate da larghi strati sociali. Il fatto, ad esempio, che le *categorie deboli* (coloro che per motivi economici o di limitata autonomia vivono una situazione di svantaggio e, in particolare, i soggetti anziani e quelli con i più bassi livelli di istruzione) risultino tendenzialmente soddisfatte dal Ssn, rappresenta un elemento certamente positivo. Ancora, la recente indagine sulla "Qualità dei servizi ai cittadini del Ssn", promosso nel quadro del "programma nazionale di supporto alla Carta dei Servizi" indica che, su 313 Aziende (fra USL e Ospedaliere) censite, la percentuale di esperienze di miglioramento dei servizi all'utente risulta essere molto elevata (oltre il 30%) in rapporto a specifici segmenti di utenza che coincidano con fasce deboli: anziani; minori; tossicodipendenti; malati cronici; ecc... La RssP, al riguardo, commenta: "la concentrazione di interventi in quest'ambito sembrerebbe dimostrare che l'innovazione del Ssn tende a concentrare i suoi sforzi per favorire i gruppi più avvantaggiati, in un'ottica di ricerca dell'equità e di focalizzazione delle risorse".

E) L'INTEGRAZIONE

E.1) Il Piano sanitario nazionale

L'ennesima *idea forte* — “percorrere le strade della integrazione sociosanitaria” — esprime già, in nuce i capisaldi che consentono di perseguire questo obiettivo strategico per la ottimizzazione del rapporto fra l'efficacia e l'efficienza di una molteplicità di interventi. Capisaldi che vengono ripresi e specificati in un apposito paragrafo: “l'integrazione sanitaria e sociale”. In esso:

- si definisce sinteticamente quale sia il *valore aggiunto* che la integrazione fornisce ai contenuti assistenziali e quali siano i fattori su cui, in particolare, esercita il proprio influsso trasformatore. La “integrazione delle responsabilità e delle risorse” rappresenta, dunque, una condizione essenziale per migliorare la efficacia degli interventi incidendo “sulla continuità assistenziale”; invertendo i “rapporti fra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica”.
- si definiscono alcune premesse essenziali al corretto esercizio di ogni processo di integrazione:
 - la programmazione zonale degli interventi, con il concorso dei diversi soggetti istituzionali e sociali;
 - la priorità strategica che la integrazione deve vedersi riconosciuta nei Piani regionali;
 - la destinazione di risorse vincolate alle Aree ad elevata integrazione sanitaria.
- si identificano tre dimensioni della integrazione (al cui interno occorre attuarne e verificarne i contenuti):
 - la integrazione istituzionale, che “nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute”;
 - la integrazione gestionale, che “si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel Distretto e in modo specifico in diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni”;
 - la integrazione professionale, che è “strettamente correlata alla adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale”.

Il Psn identifica, inoltre, nel Distretto il luogo organizzativo elettivamente destinato alla integrazione. Lo individua, più specificamente, come:

- la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (FSN, Comuni, solidarietà sociale);
- la struttura operativa che, in modo unitario, garantisce la “integrazione gestionale”.

Inoltre, in paragrafo apposito, il Distretto:

- lo si descrive:
 - sia come un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale;
 - sia come “struttura operativa dell’Azienda USL”. L’autonomia gestionale del Distretto è realizzata nell’ambito dei programmi approvati dall’Azienda, tenendo conto dei “piani di zona”, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.
- si correla, inoltre, il suo assetto organizzativo ad alcune variabili che sanciscono il superamento del “1 livello o del pronto intervento” di antica memoria (art. 15 L. 833/’78): “il numero dei processi assistenziali e la relativa composizione delle prestazioni definiscono il profilo organizzativo del Distretto”.
- si colloca, infine, nell’ambito distrettuale la sede in cui sviluppare la funzione: educativa; di promozione della salute; di riferimento immediato e diretto per le famiglie e le persone, di regolamentazione dell’accesso al Ssn, dei medici e dei pediatri di base. Questi, inoltre, sono considerati un fattore produttivo del Distretto e sono conseguentemente “integrati nell’organizzazione distrettuale” al cui interno svolgono un ruolo centrale.

Il Psn, dedica attenzione peculiare — inoltre — alla “assistenza domiciliare integrata”: servizio, questo, che “richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità le persone con i suoi bisogni”.

Infine, si può osservare come tutto il Piano sanitario nazionale segni una forte discontinuità rispetto al passato, per “passare dal governo della sanità a politiche per la salute e, spiccando un ulteriore salto in avanti, dalla sola terapia alla prevenzione delle malattie, da questo alla promozione della salute”.

Una simile impostazione richiede la cooperazione di una molteplicità di

soggetti, istituzionali e non istituzionali, e lo sviluppo di azioni, programmatiche e operative, integrate (coinvolgendo più attori istituzionali - Comuni, Scuola, etc... - e non istituzionali - no profit, volontariato, etc...-).

E.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Dai dati non si coglie alcun riferimento specifico al tema della integrazione. Appare implicitamente confermata, peraltro, nel capitolo — “stili di vita e fattori di rischio” — la esigenza del forte coinvolgimento, programmatico e operativo, di una pluralità di attori se si vuole incidere su dimensioni culturali e comportamentali che trascendono largamente la sola sfera della tutela sanitaria.

Inoltre, lì ove la RssP (punto 3.4.3, “assistenza ospedaliera”) nota come “nell’ambito delle attività di organizzazione delle strutture ospedaliere finalizzate all’adeguamento agli standard di dotazione di posti letto si evidenziano ancora degli squilibri: un’eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza, un non adeguato ricorso a modalità organizzative alternative al ricovero ordinario (attività a ciclo diurno, ospedalizzazione domiciliare, etc...)”, si legge, in controluce, la implicita carenza di uno sforzo mirato alla integrazione gestionale tramite la realizzazione di reti di servizi.

F) LA QUALITÀ

F.1) Il Piano sanitario nazionale

Le strade della qualità percorrono diffusamente tutta l’area rappresentata dai contenuti di Piano.

- Si conferma la qualità di struttura, di processo e di esito collegata all’accreditamento delle strutture sanitarie. Qualità che diviene la premessa indispensabile affinché le strutture accreditate possano rappresentare la risposta più appropriata — in una logica di rete — alle svariate condizioni di bisogno espresse dalla popolazione utente.
- Si coglie implicitamente un forte riferimento a requisiti di qualità nell’ambito dell’obiettivo di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private. In questo ambito le dimensio-

ni della qualità fanno riferimento esclusivo alla struttura (ambienti e tecnologie) ed ai processi di lavoro.

- Una qualità che si alimenta tramite la crescita dello spessore culturale del personale operante all'interno del Ssn. Allo scopo il Piano prevede la *programmazione della formazione* — in riferimento ai tre macro-livelli assistenziali (Prevenzione; Ospedalità; servizi territoriali) — da parte di ciascuna Azienda contestualmente alla predisposizione dei programmi di attività. In particolare, si sottolinea la necessità del potenziamento della *formazione manageriale*, rivolta alle “categorie di operatori più direttamente impegnate nella gestione delle risorse e dei servizi e con precipua attenzione alle tecniche gestionali e alla promozione della qualità”.
- Una qualità che traspare — con riferimento implicito a quella sua componente che è rappresentata dalla ottimalità delle tecniche e degli approcci clinico-professionali sottesi ai trattamenti sanitari — alla predisposizione a validazione delle linee guida. In questo caso si tratta essenzialmente di qualità di processo e di esito.
- Infine, il Piano vara un “Programma nazionale per la qualità”, finalizzato a “rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale dell'assistenza”.

F.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Tutta l'ultima parte della RssP — il cap. 3, al paragrafo 3.6 — è dedicata al “Tema della qualità nel Ssn”.

Facendo riferimento ad una serie di indagini promosse e finanziate dal Ministero della Sanità, si forniscono alcuni, primi ma interessanti, dati e informazioni in merito alla valutazione che l'opinione pubblica esprime nei confronti del Ssn (una ricerca tutta giocata sulla qualità percepita). Le conclusioni cui si perviene attengono, in prima battuta, alle differenze valutative che distinguono la professionalità degli operatori — in genere considerata un punto di forza (apprezzatissimo, risulta essere il ruolo del medico di famiglia) — rispetto ai temi dell'accesso e della disponibilità dei servizi — universalmente giudicati punti di debolezza — e, in seconda battuta, all'indice di gradimento relativo alle diverse categorie dei servizi: massimo per i servizi territoriali; intermedio per quelli ospedalieri e minimo per i servizi di front-office, tramite i quali l'utente impatta con i vincoli amministrativi, la dimensione temporale dell'offerta (liste di attesa) e

la velocità di accesso ai servizi assistenziali (code).

In altri termini il professionista appare essere collocato al centro del sistema ma non viene identificato con esso. Ne consegue che risultano essere di maggiore gradimento i servizi percepiti come risultato diretto dell'impegno professionale; all'opposto, ricevono la valutazione meno positiva quelli vissuti come espressione diretta dell'anima burocratica del sistema sanitario.

Inoltre, si segnalano i contenuti essenziali di una ulteriore indagine — il "Rapporto sulla qualità dei servizi" — che segnala le realizzazioni delle Aziende Sanitarie in tema di miglioramento dei rapporti con gli utenti.

Da un ragguardevole campione di risposte pervenute da Aziende USL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici e Case di cura accreditate è possibile trarre un interessante spaccato sul numero dei reclami presentati globalmente — nel periodo agosto '96/dicembre '97 — sull'incidenza percentuale che, all'interno di tale numero, hanno i reclami suddivisi per "fattore di qualità del servizio" (ad esempio, ai primi 4 posti: tempi di attesa; aspetti burocratici; carenza di infermieri e aspetti relazionali) e sulle iniziative di miglioramento avviate dalle Aziende a seguito dell'analisi di detti reclami.

Ne risulta una confortante immagine di buona sanità; i servizi sanitari mostrano infatti, una elevata sensibilità ad attivarsi per migliorare il rapporto con il cittadino/utente e la decisa aggressione ad alcuni dei "fattori negativi" che provocano le più acute manifestazioni di insoddisfazione da parte degli utenti.

G) CONCLUSIONI

La RssP attraverso le elaborazioni statistiche e i compendi informativi che la compongono, fornisce un riscontro sullo stato di attuazione di alcuni dei principali obiettivi di salute e mutamenti organizzativi contenuti nel Psn e, al contempo, rileva le carenze, i ritardi e le incongruità che limitano tale processo attuativo e che richiedono, con forza, un impegno ulteriore destinato a ridurne, nel prossimo futuro, la portata negativa.

L'analisi effettuata tramite l'impiego delle sei parole-chiave tenta di far emergere con evidenza — in rapporto a contenuti particolarmente significativi sul versante delle strategie che devono guidare la trasformazione in atto nel Servizio Sanitario italiano — la visione di insieme di alcuni dei più rilevanti spunti innovativi contenuti nel Piano Sanitario alla luce delle concrete condizioni applicative che l'osservazione della realtà in essere consente di cogliere.

In sintesi, si può osservare come il processo di cambiamento sia iniziato, ma stenti a dispiegarsi compiutamente, frenato in molte sue fasi, oppure stia germinando ma abbisogni di ulteriori stimoli e sostegni.

Il Decreto Legislativo 229/99 si colloca, rispetto al Piano, in una logica di coerente continuità. Ne accoglie, infatti, le sollecitazioni per inserirle all'interno di un contesto normativo che intende dare loro risposta, sia intervenendo sull'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale che più facilmente si pensa possa garantire le realizzazioni attese, sia ponendo le premesse affinché — in altre sedi concorrenti (regionali e locali) — si disciplinino strumentazioni operative idonee allo scopo.

CAPITOLO 1

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**1.1. STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO**

Lo stato di salute di una popolazione, oltre che un indicatore dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, è il risultato della responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, dal cittadino agli operatori sanitari, agli organi politici. Difatti lo sviluppo di una coscienza civile e di azioni volte alla prevenzione e alla promozione della salute sono elementi essenziali per garantire il benessere fisico, psichico e sociale di tutti i cittadini.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ribadisce il ruolo fondamentale di ogni componente della società, come cittadino o come operatore del sistema sociale, sanitario ed economico, nell'assicurare, da un lato, la promozione e l'adozione di comportamenti volti al miglioramento dello stato di salute e alla prevenzione delle malattie e, dall'altro, il buon funzionamento dei servizi e l'efficacia degli interventi.

L'analisi delle disuguaglianze nei confronti della salute tra gruppi sociali e aree geografiche pone in evidenza come tra i determinanti rientrino una molteplicità di fattori. Tra questi l'ambiente di vita e di lavoro, i comportamenti e gli stili di vita sembrano prevalere rispetto ad altri, quali l'accesso ai sistemi di cura e la dotazione di risorse materiali. Lo stato di salute risulterebbe così fortemente condizionato più che dall'offerta e qualità delle prestazioni, dall'esposizione a fattori di rischio, a loro volta connessi con la realtà ambientale e sociale in cui opera l'individuo e con le azioni da questo intraprese.

Diventa quindi prioritario approfondire questi aspetti per poter capire, da un lato, quali siano i fattori di rischio e i comportamenti individuali associati alla presenza di patologie e ad una cattiva qualità della vita e, dall'altro, quali azioni è opportuno promuovere al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire un migliore stato di salute della popolazione.

L'Obiettivo I del PSN 1998-2000 propone di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati, attraverso azioni concernenti l'alimentazione, il fumo, il consumo di alcol e l'attività fisica.

**Obiettivo I
del Psn 1998-2000**

1.1.1. L'alimentazione

La letteratura ha ormai posto in evidenza l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di particolari patologie quali le malattie cardiovascolari, alcune forme tumorali, il diabete, ecc. Mentre è ormai noto che l'eccessivo consumo di determinati alimenti costituisce un fattore di rischio nell'insorgenza di tali patologie. Anche il modo di cucinare e consumare i cibi diventa determinante per la salute facendo assumere all'alimentazione un ruolo fondamentale nella qualità della vita della popolazione.

Il modello alimentare del nostro Paese, di tipo mediterraneo, è stato più volte riconosciuto come uno dei principali fattori a favore di un migliore stato di salute e di una più prolungata sopravvivenza degli individui. In tempi più recenti però il modificarsi degli stili alimentari, per effetto dell'assunzione di stili di vita più frenetici, ha portato a modificare in alcuni casi il corretto ed equilibrato rapporto con l'alimentazione.

L'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente dall'ISTAT evidenzia che l'Italia è ancora lontana da un'ampia diffusione del modello dei paesi occidentali, tipico degli Stati Uniti, basato sul pasto veloce, consumato in fretta, ricco di grassi di origine animale e povero di frutta e verdura. I dati relativi al 1998 evidenziavano che il pranzo costituisce infatti ancora nella gran parte dei casi il pasto principale (per il 72,7% della popolazione di 3 anni e più) e molto spesso è consumato a casa (77,6%), garantendo così una scelta degli alimenti e una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa.

Quelle che sembrano essere delle buone abitudini subiscono però delle variazioni in relazione ad alcuni segmenti di popolazione: l'appartenenza a particolari classi di età, a determinate aree geografiche e, soprattutto, a specifiche categorie professionali sembrano influire sugli stili di vita e quindi anche sugli stili alimentari.

Con riferimento all'età, nei bambini il pranzo è ancora il pasto principale, anche se una quota non trascurabile (pari al 12,5% per i bambini da 3 a 5 anni e al 16,6% per quelli con 6-10 anni) mangia più a cena che a pranzo, risentendo probabilmente degli stili di vita dei genitori. Tra i più piccoli (3-5 anni) inoltre è molto frequente che il pranzo venga consumato fuori casa, principalmente nelle mense delle scuole materne (54%). Per garantire un'alimentazione equilibrata è quindi necessario effettuare controlli delle mense scolastiche e informare i genitori circa una scelta adeguata degli alimenti per la cena.

Ma è soprattutto il lavoro a discriminare e condizionare rispetto agli stili alimentari: la cena diviene il pasto principale per il 34,5% dei lavoratori e per i dirigenti, imprenditori e liberi professionisti tale percentuale supera il 40%; coloro che riescono a consumare il pranzo a casa sono solo il 59,6% degli occupati.

Il lavoro
condiziona
le abitudini
alimentari