



## La sfida del Ssn: nuovi standard ospedalieri e contenimento della spesa

Intervista a **Giuseppe Chinè**  
Capo di Gabinetto del Ministero della salute  
di Fabio Mazzeo\*

**L**a sostenibilità del Servizio sanitario nazionale è in costante discussione, cosa ne pensa?

Ritengo proficua la discussione sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale che comunque è da tutelare nella sua attuale configurazione, perché garantisce a tutti, senza alcuna distinzione, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

Con il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, il dibattito ha avuto un fortissimo impulso e sono state, quindi, affrontate anche le questioni relative al mantenimento del Ssn, compatibilmente con gli attuali livelli di finanziamento a cui concorre lo Stato. Il finanziamento, è opportuno precisarlo, è comunque aumentato dai 109,9 miliardi di euro nel 2014 a 112 miliardi di euro nel 2015. Nel 2016 il finanziamento sarà pari a circa 115 miliardi di euro.

Tali importi, indicati nella legge di stabilità 2015, purtroppo sconteranno la scelta delle Regioni di ridurre di 2,35 miliardi per anno il finanziamento al Fsn, scelta cristallizzata nell'Intesa Stato-Regioni del 26 febbraio 2015.

Lo sforzo economico-finanziario messo in campo dal 2015 in poi ci avvicina sempre più agli altri Paesi europei.

---

\* Capo Ufficio stampa del Ministero della salute

Al fine di assicurare la sostenibilità del sistema, Regioni e Province Autonome saranno chiamate ad attuare misure di razionalizzazione che non impattino sui livelli di erogazione dei servizi finali, tra le quali la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, anche attraverso la costituzione di centrali di acquisto, la definizione di prezzi standard di riferimento e l'istituzione di processi strutturati di programmazione degli acquisti.

Tra gli importanti impegni assunti con il Patto per la salute in merito alla sostenibilità del sistema è strategico l'aggiornamento dei Lea, la cui ultima redazione risale ormai al 2001 e, quindi, non più pienamente rispondente alle nuove esigenze di salute dei cittadini. Grazie all'impegno messo in campo dal Ministro della salute finalmente sono stati conclusi i lavori della Commissione per la revisione dei Lea e adesso si sta lavorando sulla revisione del sistema di partecipazione alla spesa e delle esenzioni.

**Molto spesso si sente parlare di mancanza di posti letto e di Pronto soccorso intasati con pazienti in barella. Cosa può dirci al riguardo?**

È vero che negli ultimi anni, a causa della crisi economica e della spending review, si è verificata una riduzione dei posti letto negli ospedali. Ma il problema è anche di ordine culturale. Infatti, capita sovente che il cittadino, per risolvere que-

stioni legate al proprio stato di salute, si rechi direttamente al Pronto soccorso trascurando le possibilità di assistenza e cura offerte dalla medicina territoriale. Pertanto, è di fondamentale importanza far sì che i cittadini facciano un ricorso appropriato al Pronto soccorso, evitandone l'utilizzo nel caso di patologie lievi e curabili dal medico di base. È chiaro, tuttavia, che, affinché possa verificarsi questo cambiamento *culturale*, occorre che i cittadini abbiano fiducia nella medicina territoriale, nella consapevolezza che l'ospedalizzazione non è necessariamente la prestazione più appropriata e adeguata alla propria condizione di salute e che, anzi, spesso rappresenta proprio la prestazione meno adatta.

Proprio per questa ragione, il Ministero sta investendo molto, in collaborazione con le Regioni, per potenziare e implementare le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse di cure primarie (Uccp), quali forme organizzative complesse, basate sull'aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in grado di garantire la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e l'integrazione tra medicina specialistica e medicina generale.

La realizzazione delle Uccp e delle Aft, e quindi il potenziamento della medicina territoriale, rappresenta, tra l'altro, uno degli impegni più importanti assunti nell'ambito del Patto per la salute 2014-2016.

Tale potenziamento determinerà, nel medio periodo, un significativo calo degli accessi impropri al Pronto soccorso, in quanto i cittadini avranno piena evidenza dell'efficacia e dell'appropriatezza della medicina territoriale, oltre che della sua costante disponibilità.

È apparso necessario a tutti gli attori del sistema – Stato, Regioni e Province Autonome – rivedere gli standard ospedalieri per garantire nei nostri nosocomi un'assistenza che sia efficace e rispondente agli effettivi bisogni di salute.

Con il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri, già adottato dai Ministri Lorenzin e Padoan, il sistema diventerà più efficiente.

### **Come cambierà l'erogazione delle prestazioni ospedaliere a seguito dell'emanazione del nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri?**

Il Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che costituisce attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, è stato fortemente voluto dal Ministro Lorenzin.

Con tale Regolamento è stato avviato quel processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera che rappresenta una delle sfide del Ssn per i prossimi anni. Con l'attuazione del provvedimento si consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e si produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi, garantendo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in ambito ospedaliero.

Per citare solo alcune delle misure contenute nel Regolamento, si segnala che dal 1° gennaio 2015 non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti con-

tratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento.

Si stabilisce, inoltre, il criterio vincolante di programmazione ospedaliera, indicando il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva.

Con questo Regolamento si assicura uniformità per l'intero territorio nazionale nella definizione degli standard delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera, ma, al di là di indici e standard, è tutta la rete ospedaliera a essere oggetto di profondo rinnovamento.

Basti pensare alla classificazione delle strutture in tre livelli a complessità crescente (Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti).

Altresì, si forniscono criteri di riferimento che tengono conto del rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture. Sia per i volumi sia per gli esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento.

Vengono poi rimodulati gli standard di qualità per i singoli Presidi basati sulla *Clinical governance*, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure. In via generale si prevede che le Regioni e le Province Autonome organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale, fornendo direttamente indicazioni per le reti tempo-dipendenti quali la rete per le emergenze cardiologiche, la rete per il trauma e la rete per l'ictus.

Vengono ridefiniti i criteri per l'intera rete dell'emergenza-urgenza, dal 118 ai punti di primo intervento, fino alla definizione dei diversi tipi di Pronto soccorso sia per bacini di utenza sia per tipologia geografica del sito, prevedendo indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate. Vengono, altresì, individuati i diversi livelli di Dea e i rapporti con la continuità assistenziale.

Si forniscono indicazioni in merito alla integrazione ospedale-territorio e continuità di cura, anche relativamente alla creazione di strutture intermedie e dei cosiddetti ospedali di comunità. In sintesi, con il nuovo Regolamento si realizza un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio ruolo di *presa in carico* del paziente, garantendo i livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore efficienza ai contesti sociali in cui sono destinati a operare.

**Ritiene ancora attuale che l'assistenza sanitaria sia garantita a tutti, indipendentemente dal livello di reddito dell'assistito e del suo nucleo familiare?**

Sì, tale principio rappresenta l'essenza del nostro modello sanitario. Il Servizio sanitario nazionale è un sistema di funzioni, strutture e servizi che ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Parliamo di un diritto fondamentale, quello alla cura, la cui garanzia costituzionale è focalizzata sull'individuo, a prescindere dalle condizioni sociali ed economiche. Permane la sfida di rendere più equa la compartecipazione dell'assistito alla spesa sanitaria. Tale problematica è stata affrontata nel Patto per la salute 2014-2016. In particolare, l'articolo 8 di tale Patto affida a uno specifico gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle Regioni e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la definizione dei contenuti di una proposta di revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria che, a parità di gettito, garantisca l'equità e l'universalismo nell'accesso ai servizi e l'unitarietà del sistema. Il gruppo di lavoro sta predisponendo una proposta che introduce nuovi sistemi di calcolo delle quote di partecipazione per le prestazioni di assistenza specialistica e farmaceutica, graduando l'importo delle quote da pagare in relazione alla condizione reddituale del nucleo familiare dell'assistito.

**Ci saranno novità per la compartecipazione alla spesa sanitaria e i ticket?**

I ticket sanitari attualmente rappresentano un problema a cui si attribuisce enfasi eccessiva nel dibattito pubblico. Infatti, le entrate derivanti dal pagamento dei ticket sono pari a circa tre miliardi di euro, a fronte di una spesa sanitaria complessiva pubblica pari a 110 milioni di euro. Inoltre, circa il 50% della popolazione rientra nella fascia di esenzione dai ticket.

Come previsto dall'art. 8 del Patto per la salute, è necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni. Il sistema dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. La scelta definitiva dovrà comunque essere indirizzata a evitare che l'obbligo di partecipare alla spesa sanitaria rappresenti per i cittadini, e in particolare per quelli più deboli, un ostacolo tale da scoraggiare l'accesso a servizi e prestazioni necessarie o addirittura urgenti. Sarà indispensabile, quindi, individuare un punto di equilibrio tale che il ticket dovuto porti alla riduzione delle prestazioni inappropriate, ma non rappresenti un onere eccessivo per gli assistiti e non comprometta la stessa missione del Ssn.

#### **Quanto costa all'Italia la medicina difensiva?**

La medicina difensiva è un problema di grande attualità per il Ssn, con un impatto sulla spesa sanitaria stimato tra i 9 e i 10 miliardi di euro, pari al 10,5% della spesa sanitaria complessiva. Ogni anno oltre trentamila professionisti sanitari sono chiamati a rispondere davanti al giudice del loro operato: è questo infatti il numero delle denunce in tema di responsabilità per colpa sanitaria. Per questo motivo, il costo dei sinistri è aumentato del 50% nelle coperture per i medici e del 72% per le strutture.

La paura di essere denunciati è la ragione principale della prescrizione medica inutile e per il 93% dei professionisti il fenomeno è destinato ad aumentare. Farmaci, visite, esami e ricoveri che non servono ci costano quasi un punto di Pil.

Per arginare questo fenomeno servono interventi normativi. Infatti giacciono 7 provvedimenti in Parlamento, ed è lì che occorre trovare la soluzione per dare risposte certe a tutti gli operatori coinvolti. Recentemente il Ministro Lorenzin ha

istituito un'apposita commissione sulla medicina difensiva e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, presieduta dal professor avvocato Guido Alpa, illustre studioso del tema della responsabilità medica, che ha il compito di approfondire le predette tematiche e individuare, alla luce della legislazione europea, possibili soluzioni suscettibili di ampia condivisione in sede parlamentare.

Tale commissione, nella quale siedono giuristi, quali componenti della magistratura e dell'avvocatura, nonché medici legali, si è insediata il 1° aprile 2015.

#### **Esiste una ricetta per eliminare gli sprechi in sanità?**

La lotta agli sprechi passa innanzitutto attraverso il miglioramento culturale degli addetti ai lavori che, nel gestire le risorse del Servizio sanitario nazionale, devono sempre tener presente i canoni dell'economicità e dell'efficienza. Tale lotta è una necessità se si vuole garantire una buona sanità pubblica nel rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle prestazioni. Il Ministero della salute, anche con l'emanazione del Regolamento sugli standard ospedalieri, fornisce agli operatori uno strumento per perseguire tale strategica finalità. Un reale taglio degli sprechi, che non mini le fondamenta del Servizio sanitario, deve coinvolgere tutti gli operatori che ogni giorno lavorano, con sacrifici e difficoltà, nella riorganizzazione del sistema. Un utile strumento in tale direzione è certamente rappresentato anche dalla definizione dei costi standard con i quali garantire un sistema di miglioramento continuo del sistema sanitario e ridurre così i gap regionali in sanità. In tal modo, si potranno garantire nei prossimi anni universalità, solidarietà, equità, qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi al cittadino, tra i quali la sanità riveste primaria importanza.