

IL MINISTRO LORENZIN PRESENTA LA RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2012-2013

"Dal punto di vista clinico-assistenziale, sul fronte della domanda, si assiste a un'evoluzione epidemiologica con invecchiamento della popolazione e aumento delle cronicità; sul fronte dell'offerta, l'evoluzione della medicina e il progresso scientifico implicano sempre più l'impiego di avanzate tecnologie sanitarie, terapie personalizzate, farmaci evoluti. Entrambi i fattori suddetti richiedono investimenti elevati e hanno a loro volta ripercussioni economiche sul sistema.

La ricerca deve essere l'architrave su cui si deve poggiare il SSN e deve consentire in primis: il trasferimento in tempi rapidi dei risultati delle ricerche alla pratica clinica e all'assistenza sanitaria; l'appropriatezza delle cure e l'esigenza di servizi efficienti facilmente accessibili e ciò per rispettare l'equità; l'eticità della ricerca e la capacità di comunicare la "scienza" ai cittadini.

Il Ministero della salute, in ottemperanza alle sue funzioni, finanzia e sostiene la ricerca traslazionale che parte dal laboratorio e obbligatoriamente raggiunge il paziente. È una ricerca per la persona, non una ricerca per l'incremento generico della conoscenza e, pertanto, diretta a soddisfare il bisogno di salute del cittadino.

Bisogno di salute che, come evidenziato nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è qualcosa di molto più ampio e globale dell'assenza di malattia o di infermità, è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e il possesso del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese mostra che molto lavoro è stato fatto in questi anni per garantire questo diritto alla collettività.

Nel 2012, l'Italia si è posizionata ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita (79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne), molte posizioni al di sopra della media europea. La vita media sopra i 65 anni rimane in Italia tra le più elevate d'Europa e nel 2011 ha raggiunto nelle donne i 22,6 anni rispetto ai 18,8 anni negli uomini.

La riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori maligni, che insieme costituiscono oltre il 70% delle cause di decesso in Italia, ha permesso di aumentare la vita media di 2,1 anni in entrambi i generi.

Molti progressi hanno favorito il miglioramento delle condizioni e le prospettive di vita, nonché il benessere di un sempre più ampio bacino di pazienti in diversi ambiti fondamentali descritti nella Relazione."

1. Continua a leggere la presentazione del Ministro Lorenzin alla Relazione Stato Sanitario del Paese 2012-2013

Evoluzione della domanda di salute

Tumori e Programmi di screening per la prevenzione.

Il tumore rappresenta una malattia socialmente importante, come mostrano le cifre presentate dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che riportano la scoperta di circa 1.000 nuovi casi di cancro al giorno, ovvero 366.000 nuove diagnosi di tumore nel corso dell'anno, 200.000 (55%) tra gli uomini e circa 166.000 (45%) tra le donne. In Italia nel 2013 è stato stimato che circa 340.000 uomini abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di cancro prostatico, più di 660.000 donne una diagnosi di tumore al seno e più di 390.000 persone un tumore coloretale. Quasi il 70% dei tumori, però, potrebbe essere prevenuto o diagnosticato in tempo se tutti adottassero stili di vita corretti e aderissero ai protocolli di screening e diagnosi precoce. Negli ultimi anni sono comunque complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 55% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi grazie soprattutto

alla maggiore adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e alla maggiore efficacia delle terapie.

La prevenzione oncologica, infatti, è una delle priorità del “Piano Nazionale della Prevenzione”. Negli ultimi anni in Italia stiamo assistendo a una crescente diffusione dei programmi di screening oncologici (screening dei tumori del collo dell’utero e della mammella, screening dei tumori del colon-retto) grazie allo sforzo compiuto sinergicamente dal Ministero della salute, dal Centro Controllo Malattie (CCM), dalle Regioni e dall’Osservatorio Nazionale Screening.

Il Ministero della salute ha inoltre emanato le “Raccomandazioni per la pianificazione e l’esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto” che individuano programmi di screening da attuare sul territorio nazionale. Il Piano Nazionale della Prevenzione e i programmi di screening hanno fatto raggiungere risultati rilevanti, ma persistono forti differenze territoriali e anche disuguaglianze sociali. Nel Sud Italia, infatti, oltre il 60% delle donne, nella popolazione obiettivo, risulta ancora privo di offerta di mammografia all’interno di programmi organizzati.

La tutela della salute delle donne. La tutela e la promozione della salute delle donne sono oggetto di diversi interventi, in quanto considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese e i suoi indicatori rappresentano una misura della qualità, dell’efficacia ed equità del nostro sistema sanitario. La salute della donna ha particolare rilevanza per il SSN. Continua a salire l’età media delle donne che si sottopongono a cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA) e l’età avanzata della donna risulta essere un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato. Le pressioni psicofisiche allertano a osservare come la salute della donna sia interessata da patologie psichiche prevalenti tra le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Altro fenomeno rilevante a livello sanitario è la violenza contro le donne (sia sessuale sia fisica, psicologica, economica) a causa delle conseguenze immediate legate alle lesioni fisiche e a causa degli effetti secondari. Occorre sviluppare interventi orientati sull’analisi della violenza come fattore di rischio in molte patologie inesorabilmente in aumento che si evidenziano nella popolazione femminile.

Le malattie rare. Altra priorità di sanità pubblica a livello europeo e oggetto di particolare attenzione nel nostro Paese sono le malattie rare. In linea con le azioni già realizzate, nel mese di ottobre 2014 è stato approvato, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il Piano Nazionale delle Malattie Rare a valenza triennale (2013-2016) che definisce un approccio organico alla materia prevedendo certezze nei percorsi di intervento e cura, uniformità sul territorio nazionale e finanziamento degli interventi grazie a efficienze generate in materia di appropriatezza sanitaria degli interventi su alcune patologie.

Promozione degli stili di vita salutari e qualità della vita. Gli stili di vita non salutari (abuso di alcol, tabagismo, alimentazione scorretta e sedentarietà) rappresentano, direttamente o indirettamente, le principali cause di mortalità e morbilità prevenibile. Il Piano d’azione globale dell’OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per gli anni 2013-2020 evidenzia quattro fattori condivisi di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcol.

La comunicazione per promuovere gli stili di vita salutari è, dunque, prioritaria e strategica. In tale ambito, nel biennio 2012-2013, è stata concentrata la comunicazione istituzionale sul contrasto alla sedentarietà e all’abuso di alcol.

Il Ministero della salute ha promosso progetti che hanno consentito alle Regioni di sperimentare modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione e la cura del tabagismo e, nell’ambito dei Piani Regionali della Prevenzione, sedici Regioni hanno programmato interventi in diversi contesti, tra cui la scuola, i servizi sanitari - quali consultori, punti nascita, servizi vaccinali -, i luoghi di lavoro, favorendo anche la definizione di percorsi integrati, per la gestione del paziente con patologie fumo-correlate e per il sostegno alla disassuefazione.

Ambiente e salute. Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi con l’obiettivo di comprendere la relazione tra contaminazione ambientale e stato di salute della popolazione residente in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Strategia Europea Ambiente e Salute e le raccomandazioni dell’OMS.

Il Ministero della salute ha avviato nel 2011 un piano di monitoraggio al fine di acquisire su base nazionale, elementi conoscitivi sulla presenza e

sulla diffusione dei contaminanti negli alimenti di origine animale nei SIN (Siti di Interesse Nazionale) che possono generare patologie nella popolazione residente nei SIN (alcuni contaminanti, come diossine, PCB diossina-simili, sono classificati dalla IARC nel gruppo 1 “cancerogene per l’uomo”). Per monitorare lo stato di salute della popolazione residente nei SIN l’Istituto superiore di sanità ha realizzato il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e Insiediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento). Per fronteggiare emergenze ambientali e industriali e favorire lo sviluppo delle aree interessate da tali emergenze il 6 febbraio 2014 è stato disposto e approvato un provvedimento che ha convertito in legge (legge n. 6) il decreto legge n. 136 del 10 dicembre 2013 che disciplina disposizioni urgenti in tal senso. Tale norma, in particolare, ha individuato specifiche disposizioni in materia di tutela della salute e di azioni di monitoraggio sanitario nei territori delle Regioni Campania e Puglia.

Evoluzione dell’offerta di salute Cure primarie. Le azioni programmate in materia di salute per il biennio 2012-2013 hanno dato seguito a quanto sancito dalla legge n. 189/2012, recante disposizioni urgenti promuovere lo sviluppo dell’assistenza primaria attraverso l’istituzione di forme aggregative mono-professionali e multi-professionali tra medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie presenti sul territorio. Al fine di potenziare le cure primarie e la continuità assistenziale, nel corso del biennio sono stati elaborati da 15 Regioni 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell’assistenza territoriale attraverso l’implementazione di differenti modelli organizzativi: 123 Case della Salute, 42 Presidi Territoriali di Assistenza, 34 Unità Territoriali di Assistenza Primaria e 175 Aggregazioni Funzionali Territoriali. Inoltre, 6 Regioni su 15, pari al 40%, hanno previsto l’individuazione di modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.

Reti ospedaliere. La contrazione di risorse destinate al Servizio sanitario nazionale ha imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere e specialistiche che preservasse al tempo stesso i principi di appropriatezza e qualità dell’offerta e che garantisse l’efficienza gestionale e la congruità dimensionale. La riorganizzazione della rete ospedaliera e la ridefinizione dei nodi della rete di emergenza e accettazione (DEA) hanno favorito negli anni 2012 e 2013 lo sviluppo di un modello organizzativo, con specifico percorso clinico, per i pazienti in situazioni di emergenza cardiologica (SCA), neurovascolare (ictus) e traumatica. L’esito di tali patologie è strettamente dipendente dai tempi e dalle modalità con cui viene svolto l’intervento sanitario. Una risposta tempestiva e appropriata dell’intervento, infatti, deve prevedere un’adeguata integrazione tra il sistema di emergenza-urgenza territoriale e le strutture ospedaliere, con le diverse specialità cliniche, articolate secondo il modello Hub & Spoke. A oggi tutte le Regioni hanno individuato una rete per ciascuna delle cosiddette “patologie tempo-dipendenti”, anche se la loro realizzazione sul territorio nazionale non può definirsi ancora uniforme. La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, nonché il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi della rete ospedaliera, consentiranno che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Cure transfrontaliere. Il D.Lgs. n. 38/2014 che concerne l’assistenza transfrontaliera sicura e di qualità, ha dato formalmente il via all’espansione delle cure oltre confine, al fine di rafforzare il diritto del paziente a farsi curare in strutture che giudica più adeguate al suo caso clinico oppure più vicine al luogo di residenza proprio o dei propri cari o ancora perché, trovandosi questi in una Regione di confine, la struttura sanitaria più vicina è quella dello Stato membro confinante. Sarà assicurato a chiunque il diritto di richiedere e di fruire dell’assistenza sanitaria transfrontaliera, indipendentemente dalle modalità organizzative e di finanziamento di ogni Stato membro. Tale previsione normativa avrà, oltre agli impatti positivi diretti sul paziente, anche ricadute positive secondarie a livello di Servizio sanitario nazionale su molteplici fronti. In primo luogo il singolo Stato membro potrà beneficiare di vantaggi di costo e di risultato nella ricerca scientifica. Sarà infatti favorita la cooperazione

tra Stati membri per fini comuni di efficienza e trasparenza e per lo sviluppo scientifico e tecnologico congiunto, anche attraverso la creazione di European Reference Networks (ERN) tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza. Sarà creata una rete assistenziale europea con dati ufficiali e documentati che può rispondere alle diverse esigenze dei cittadini. Questo consentirà di evitare duplicazioni nella ricerca e sfruttare le competenze, i risultati raggiunti e le best practice in uso negli altri Stati membri. Un campo di applicazione particolarmente rilevante sarà quello di diagnosi e cura delle malattie rare, con la possibilità di trasferimento dei pazienti affetti da malattie rare in altri Stati, quando lo Stato membro di affiliazione non dispone di cure idonee. In secondo luogo, la Direttiva rappresenta un'opportunità in quanto favorirà un miglioramento costante del Servizio sanitario nazionale, incentivando il rilancio e la valorizzazione delle eccellenze del Paese e la competizione nel contesto europeo per attrarre pazienti e investimenti.

eHealth Network. L'eHealth rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio, grazie a un quadro conoscitivo del SSN basato su un patrimonio condiviso di dati e informazioni tempestivo e completo, con il controllo della spesa. Il Ministero è da tempo promotore, in collaborazione con le Regioni, di molteplici interventi volti allo sviluppo dell'eHealth a livello nazionale, quali i sistemi di Centri Unici di Prenotazione, i Sistemi di Fascicolo Sanitario Elettronico, la dematerializzazione della documentazione clinico-sanitaria, la trasmissione telematica dei certificati di malattia, l'ePrescription, l'infrastruttura di rete per attività libero professionale intramuraria e la telemedicina. Nel corso del biennio 2012-2013 il Ministero della salute ha, inoltre, proseguito la propria azione di supporto allo sviluppo e alla diffusione della sanità in rete anche a livello comunitario. In attuazione dell'art. 14 "Assistenza sanitaria on line" della Direttiva 2011/24/UE, concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, è stato istituito nel mese di gennaio 2012 l'eHealth Network. Nel medesimo biennio, inoltre, il Ministero della salute ha anche partecipato attivamente ai progetti Cross-Border Patient Registries Initiative (PARENT) ed eHealth Governance Initiative (eHGI).

Il Ministero della salute ritiene fondamentale proseguire lungo il percorso sinora intrapreso, finalizzato a creare condizioni uniformi sul territorio nazionale per lo sviluppo della sanità in rete, che rappresenta una leva strategica in grado di innescare un processo di cambiamento e abilitare la messa in atto di modelli, processi e percorsi assistenziali innovativi, necessariamente più efficienti, concretamente incentrati sul cittadino e personalizzati sui suoi bisogni.

Conclusioni Con l'obiettivo di rendere il sistema sanitario sostenibile alla luce delle nuove sfide del nostro Paese, quali l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso di nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, la lotta agli sprechi e alle inefficienze e i risparmi da reinvestire in salute, è stata siglata dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso 10 luglio l'Intesa sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016. Una parte considerevole di tale Patto è stata tradotta in norme nella legge di stabilità 2015. Il Ministero della salute, nell'ottica di considerare il Servizio sanitario nazionale come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema "Paese", continuerà a lavorare in sinergia e secondo chiari percorsi di interazione con le Regioni, le altre Istituzioni e il mondo del no profit e della sanità privata in un clima di grande collaborazione e senso di responsabilità comune. Gli sviluppi evolutivi del biennio in questione e a cui tende per gli anni a venire il nostro Servizio sanitario nazionale, infatti, ci inducono a considerare la salute non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale, da portare a compimento attraverso una governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale).

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della salute

2. www.rssp.salute.gov.it

Continua a leggere la presentazione del Ministro Lorenzin alla Relazione Stato Sanitario del Paese 2012-2013

Evoluzione della domanda di salute

Tumori e Programmi di screening per la prevenzione. Il tumore rappresenta una malattia

socialmente importante, come mostrano le cifre presentate dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che riportano la scoperta di circa 1.000 nuovi casi di cancro al giorno, ovvero 366.000 nuove diagnosi di tumore nel corso dell'anno, 200.000 (55%) tra gli uomini e circa 166.000 (45%) tra le donne. In Italia nel 2013 è stato stimato che circa 340.000 uomini abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di cancro prostatico, più di 660.000 donne una diagnosi di tumore al seno e più di 390.000 persone un tumore coloretale.

Quasi il 70% dei tumori, però, potrebbe essere prevenuto o diagnosticato in tempo se tutti adottassero stili di vita corretti e aderissero ai protocolli di screening e diagnosi precoce. Negli ultimi anni sono comunque complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 55% degli uomini sono vivi a 5 anni dalla diagnosi grazie soprattutto alla maggiore adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e alla maggiore efficacia delle terapie.

La prevenzione oncologica, infatti, è una delle priorità del "Piano Nazionale della Prevenzione".

Negli ultimi anni in Italia stiamo assistendo a una crescente diffusione dei programmi di screening oncologici (screening dei tumori del collo dell'utero e della mammella, screening dei tumori del colon-retto) grazie allo sforzo compiuto sinergicamente dal Ministero della salute, dal Centro Controllo Malattie (CCM), dalle Regioni e dall'Osservatorio Nazionale Screening.

Il Ministero della salute ha inoltre emanato le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto" che individuano programmi di screening da attuare sul territorio nazionale. Il Piano Nazionale della Prevenzione e programmi di screening hanno fatto raggiungere risultati rilevanti, ma persistono forti differenze territoriali e anche disuguaglianze sociali. Nel Sud Italia, infatti, oltre il 60% delle donne, nella popolazione obiettivo, risulta ancora privo di offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati.

La tutela della salute delle donne. La tutela e la promozione della salute delle donne sono oggetto di diversi interventi, in quanto considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese e i suoi indicatori rappresentano una misura della qualità, dell'efficacia ed equità del nostro sistema sanitario. La salute della donna ha

particolare rilevanza per il SSN. Continua a salire l'età media delle donne che si sottopongono a cicli di procreazione medicalmente assistita (PMA) e l'età avanzata della donna risulta essere un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato. Le pressioni psicofisiche allertano a osservare come la salute della donna sia interessata da patologie psichiche prevalenti tra le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Altro fenomeno rilevante a livello sanitario è la violenza contro le donne (sia sessuale sia fisica, psicologica, economica) a causa delle conseguenze immediate legate alle lesioni fisiche e a causa degli effetti secondari. Occorre sviluppare interventi orientati sull'analisi della violenza come fattore di rischio in molte patologie inesorabilmente in aumento che si evidenziano nella popolazione femminile.

Le malattie rare. Altra priorità di sanità pubblica a livello europeo e oggetto di particolare attenzione nel nostro Paese sono le malattie rare. In linea con le azioni già realizzate, nel mese di ottobre 2014 è stato approvato, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il Piano Nazionale delle Malattie Rare a valenza triennale (2013-2016) che definisce un approccio organico alla materia prevedendo certezze nei percorsi di intervento e cura, uniformità sul territorio nazionale e finanziamento degli interventi grazie a efficienze generate in materia di appropriatezza sanitaria degli interventi su alcune patologie.

Promozione degli stili di vita salutari e qualità della vita. Gli stili di vita non salutari (abuso di alcol, tabagismo, alimentazione scorretta e sedentarietà) rappresentano, direttamente o indirettamente, le principali cause di mortalità e morbilità prevenibile. Il Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per gli anni 2013-2020 evidenzia quattro fattori condivisi di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcol.

La comunicazione per promuovere gli stili di vita salutari è, dunque, prioritaria e strategica. In tale ambito, nel biennio 2012-2013, è stata concentrata la comunicazione istituzionale sul contrasto alla sedentarietà e all'abuso di alcol.

Il Ministero della salute ha promosso progetti che hanno consentito alle Regioni di sperimentare modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione e la cura del tabagismo e, nell'ambito dei Piani Regionali della Prevenzione, sedici Regioni hanno programmato interventi in diversi contesti, tra cui la scuola, i servizi sanitari - quali consultori, punti nascita, servizi vaccinali -, i luoghi di lavoro, favorendo anche la definizione di percorsi integrati, per la gestione del paziente con patologie fumo-correlate e per il sostegno alla

disassuefazione.

Ambiente e salute. Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi con l'obiettivo di comprendere la relazione tra contaminazione ambientale e stato di salute della popolazione residente in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Strategia Europea Ambiente e Salute e le raccomandazioni dell'OMS.

Il Ministero della salute ha avviato nel 2011 un piano di monitoraggio al fine di acquisire, su base nazionale, elementi conoscitivi sulla presenza e sulla diffusione dei contaminanti negli alimenti di origine animale nei SIN (Siti di Interesse Nazionale) che possono generare patologie nella popolazione residente nei SIN (alcuni contaminanti, come diossine, PCB diossina-simili, sono classificati dalla IARC nel gruppo 1 "cancerogene per l'uomo"). Per monitorare lo stato di salute della popolazione residente nei SIN l'Istituto superiore di sanità ha realizzato il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento).

Per fronteggiare emergenze ambientali e industriali e favorire lo sviluppo delle aree interessate da tali emergenze il 6 febbraio 2014 è stato disposto e approvato un provvedimento che ha convertito in legge (legge n. 6) il decreto legge n. 136 del 10 dicembre 2013 che disciplina disposizioni urgenti in tal senso. Tale norma, in particolare, ha individuato specifiche disposizioni in materia di tutela della salute e di azioni di monitoraggio sanitario nei territori delle Regioni Campania e Puglia.

Evoluzione dell'offerta di salute

Cure primarie. Le azioni programmate in materia di salute per il biennio 2012-2013 hanno dato seguito a quanto sancito dalla legge n. 189/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo dell'assistenza primaria attraverso l'istituzione di forme aggregative mono-professionali e multi-professionali tra medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie presenti sul territorio.

Al fine di potenziare le cure primarie e la continuità assistenziale, nel corso del biennio sono stati elaborati da 15 Regioni 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di differenti modelli organizzativi: 123 Case della Salute, 42 Presidi Territoriali di Assistenza, 34 Unità Territoriali di Assistenza Primaria e 175 Aggregazioni Funzionali Territoriali. Inoltre, 6 Regioni su 15, pari al 40%, hanno

previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.

Reti ospedaliere. La contrazione di risorse destinate al Servizio sanitario nazionale ha imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere e specialistiche che preservasse al tempo stesso i principi di appropriatezza e qualità dell'offerta e che garantisse l'efficienza gestionale e la congruità dimensionale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera e la ridefinizione dei nodi della rete di emergenza e accettazione (DEA) hanno favorito negli anni 2012 e 2013 lo sviluppo di un modello organizzativo, con specifico percorso clinico, per i pazienti in situazioni di emergenza cardiologica (SCA), neurovascolare (ictus) e traumatica. L'esito di tali patologie è strettamente dipendente dai tempi e dalle modalità con cui viene svolto l'intervento sanitario. Una risposta tempestiva e appropriata dell'intervento, infatti, deve prevedere un'adeguata integrazione tra il sistema di emergenza-urgenza territoriale e le strutture ospedaliere, con le diverse specialità cliniche, articolate secondo il modello Hub & Spoke. A oggi tutte le Regioni hanno individuato una rete per ciascuna delle cosiddette "patologie tempo-dipendenti", anche se la loro realizzazione sul territorio nazionale non può definirsi ancora uniforme.

La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, nonché il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi della rete ospedaliera, consentiranno che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Cure transfrontaliere. Il D.Lgs. n. 38/2014 che concerne l'assistenza transfrontaliera sicura e di qualità, ha dato formalmente il via all'espansione delle cure oltre confine, al fine di rafforzare il diritto del paziente a farsi curare in strutture che giudica più adeguate al suo caso clinico oppure più vicine al luogo di residenza proprio o dei propri cari o ancora perché, trovandosi questi in una Regione di confine, la struttura sanitaria più vicina è quella dello Stato membro confinante.

Sarà assicurato a chiunque il diritto di richiedere e di fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, indipendentemente dalle modalità organizzative e di finanziamento di ogni Stato membro.

Tale previsione normativa avrà, oltre agli impatti positivi diretti sul paziente, anche

ricadute positive secondarie a livello di Servizio sanitario nazionale su molteplici fronti.

In primo luogo il singolo Stato membro potrà beneficiare di vantaggi di costo e di risultato nella ricerca scientifica. Sarà infatti favorita la cooperazione tra Stati membri per fini comuni di efficienza e trasparenza e per lo sviluppo scientifico e tecnologico congiunto, anche attraverso la creazione di European Reference Networks (ERN) tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza. Sarà creata una rete assistenziale europea con dati ufficiali e documentati che può rispondere alle diverse esigenze dei cittadini. Questo consentirà di evitare duplicazioni nella ricerca e sfruttare le competenze, i risultati raggiunti e le best practice in uso negli altri Stati membri. Un campo di applicazione particolarmente rilevante sarà quello di diagnosi e cura delle malattie rare, con la possibilità di trasferimento dei pazienti affetti da malattie rare in altri Stati, quando lo Stato membro di affiliazione non dispone di cure idonee.

In secondo luogo, la Direttiva rappresenta un'opportunità in quanto favorirà un miglioramento costante del Servizio sanitario nazionale, incentivando il rilancio e la valorizzazione delle eccellenze del Paese e la competizione nel contesto europeo per attrarre pazienti e investimenti.

eHealth Network. *L'eHealth rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio, grazie a un quadro conoscitivo del SSN basato su un patrimonio condiviso di dati e informazioni tempestivo e completo, con il controllo della spesa.*

Il Ministero è da tempo promotore, in collaborazione con le Regioni, di molteplici interventi volti allo sviluppo dell'eHealth a livello nazionale, quali i sistemi di Centri Unici di Prenotazione, i Sistemi di Fascicolo Sanitario Elettronico, la dematerializzazione della documentazione clinico-sanitaria, la trasmissione telematica dei certificati di malattia, l'ePrescription, l'infrastruttura di rete per attività libero professionale intramuraria e la telemedicina.

Nel corso del biennio 2012-2013 il Ministero della salute ha, inoltre, proseguito la propria azione di supporto allo sviluppo e alla diffusione della sanità in rete anche a livello comunitario. In attuazione dell'art. 14 "Assistenza sanitaria on line" della Direttiva 2011/24/UE, concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, è stato istituito nel mese di gennaio 2012 l'eHealth Network. Nel medesimo biennio, inoltre, il Ministero della salute ha anche partecipato attivamente ai progetti Cross-Border Patient Registries Initiative (PARENT) ed eHealth Governance Initiative (eHGI).

Il Ministero della salute ritiene fondamentale proseguire lungo il percorso sinora intrapreso, finalizzato a creare condizioni uniformi sul territorio nazionale per lo sviluppo della sanità in rete, che rappresenta una leva strategica in grado di innescare un processo di cambiamento e di abilitare la messa in atto di modelli, processi e percorsi assistenziali innovativi, necessariamente più efficienti, concretamente incentrati sul cittadino e personalizzati sui suoi bisogni.

Conclusioni

Con l'obiettivo di rendere il sistema sanitario sostenibile alla luce delle nuove sfide del nostro Paese, quali l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso di nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, la lotta agli sprechi e alle inefficienze e i risparmi da reinvestire in salute, è stata siglata dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso 10 luglio l'Intesa sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016. Una parte considerevole di tale Patto è stata tradotta in norme nella legge di stabilità 2015.

Il Ministero della salute, nell'ottica di considerare il Servizio sanitario nazionale come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema "Paese", continuerà a lavorare in sinergia e secondo chiari percorsi di interazione con le Regioni, le altre Istituzioni e il mondo del no profit e della sanità privata in un clima di grande collaborazione e senso di responsabilità comune.

Gli sviluppi evolutivi del biennio in questione e a cui tende per gli anni a venire il nostro Servizio sanitario nazionale, infatti, ci inducono a considerare la salute non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale, da portare a compimento attraverso una governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale).

On. Beatrice Lorenzin

Ministro della salute