

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano Sanitario Nazionale vigente costituisce la naturale espressione dei mutamenti prodotti nello scenario istituzionale dalla legge costituzionale n. 3/2001, recante modifiche al Titolo V della Costituzione, nonché dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.i., che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nell'ottica del "federalismo sanitario" inseguito dal legislatore, infatti, il PSN ha il fine specifico di delineare un sistema sanitario caratterizzato da più soggetti di governo, i quali siano capaci di assicurare, in linea con il principio di sussidiarietà costituzionale, differenti livelli di responsabilità e competenze nell'interesse esclusivo del cittadino, favorendo il ruolo partecipativo dello stesso, anche in forma associativa, alla gestione del Sistema Sanitario Nazionale.

L'attuale PSN, contenuto nel D.P.R. 7/04/2006, ha sostanzialmente recepito per il triennio 2006-2008 gli obiettivi già individuati dal precedente strumento per gli anni 2003-2005.

In particolare, in considerazione della situazione economica, demografica ed epidemiologica del Paese rilevata al momento dell'approvazione del Piano, è stato valorizzato lo sviluppo delle strategie operative nei seguenti settori: tutela della salute nelle prime fasi di vita, nell'infanzia e nell'adolescenza; cura delle grandi patologie (tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, diabete); superamento dei limiti derivanti dalla non autosufficienza in anziani e disabili; tutela della salute mentale; prevenzione e presa in carico delle dipendenze legate a particolari stili di vita; lotta alle malattie trasmissibili, *in primis* attraverso il potenziamento dell'attività di prevenzione e monitoraggio; sostegno alle famiglie; tutela della salute degli immigrati e delle fasce sociali più deboli ed emarginate.

Il PSN 2006-2008 ha inoltre recepito la necessità, già diffusamente avvertita, di armonizzare la nostra organizzazione sanitaria con il contesto europeo, oltre all'esigenza di potenziare i sistemi integrati di reti non solo a livello nazionale o sovranazionale (nel campo delle malattie rare, trapianti, ecc.), ma anche sul piano interistituzionale (integrazione sociosanitaria) e tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie ecc.).

Il Ministero della Salute ha messo a punto la bozza del nuovo Piano Sanitario Nazionale per il 2010-2012, attualmente all'attenzione delle Regioni.

Il nuovo strumento sembra individuare due forme prioritarie di intervento, finalizzate l'una alla soluzione delle problematiche legate alla non autosufficienza, l'altra al recupero dell'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso (a partire dalle regioni che soffrono disavanzi storici) attraverso una efficace attività di monitoraggio dell'assistenza resa e dei livelli di spesa nel rispetto dell'erogazione dei LEA, per far fronte all'incremento dei costi per l'acquisto e la gestione di tecnologie e farmaci innovativi.

Per il biennio 2010/2012, è inoltre previsto un tetto di spesa pari a 1,4 mld. per ciascuno dei seguenti settori operativi: equità nell'accesso e nei trattamenti, con semplificazione burocratica mediante i Punti Unificati di Accesso; tutela e cura delle fasce più deboli (disabili e non autosufficienti, psichiatria e dipendenze); diffusione delle cure palliative, terapia del dolore e gestione più efficiente delle liste d'attesa. Il tutto, in considerazione delle notevoli oscillazioni registrate negli ultimi anni nella struttura demografica del Paese, che presenta un costante peggioramento nel rapporto tra decessi (in aumento) e nascite (in diminuzione), con le conseguenti, inevitabili ricadute in termini di incidenza di determinate patologie di carattere cronico-degenerativo.

Il nuovo PSN si pone, poi, il fine di ridurre l'eccessiva disomogeneità tra le regioni nella qualità di servizi e prestazioni erogate, nonché di ampliare l'offerta formativa nella prospettiva dell'imminente invecchiamento della dirigenza del SSN, invecchiamento in parte fisiologico, in parte derivante dal forte calo di immatricolazioni universitarie nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, con possibili risultati entro l'anno 2019. Tra il 2012 e 2018, invece, è prevista una carenza di personale medico pari a circa 18.000 unità nel solo SSN, che raggiungerebbe le 22.000 unità considerando anche il settore sanitario privato.

Un altro ambito operativo strategico del nuovo PSN è costituito dalla realizzazione di reti integrate ospedaliere, con priorità per l'emergenza-urgenza. La razionalizzazione dell'offerta, indispensabile per evitare duplicazioni, sarà raggiunta attraverso la centralizzazione di investimenti e spese per tecnologie e gestione degli impianti, di acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc., e mediante il confronto dinamico delle performance per attivare processi di *benchmarking* e *benchlearning* tra le diverse strutture della rete.

Sotto quest'aspetto, i piccoli ospedali saranno soggetti a un graduale processo di integrazione, da un lato verso gli ospedali maggiori, dall'altro in direzione della conservazione dei servizi distrettuali, dei quali si prevede il potenziamento e la riorganizzazione. Altro oggetto di intervento è rappresentato dallo sviluppo del sistema delle cure domiciliari e delle strutture residenziali per la riabilitazione e la non autosufficienza.

Il nuovo PSN è diretto, infine, a dare piena attuazione al Patto per la Salute per quel che concerne l'ampliamento della fascia di prestazioni ospedaliere da svolgere in *day hospital*, in regime ambulatoriale e territoriale.

Riferimenti normativi:

- [legge costituzionale n. 3/2001](#);
- [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#);
- [D.P.R. 7/04/2006](#).