

Convegno: “I SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI PER I CITTADINI VISTI DAI CITTADINI”

Micaela Cerilli, Collaboratore di ricerca Agenas – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Sezione Qualità e Accreditamento

Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano si basa sul principio di copertura universale, finanziato dalla tassazione generale. La sua organizzazione segue un modello di governance decentrata che assicura l'assolvimento di linee guida nazionali e assegna gli obiettivi da implementare su tutto il paese attraverso la responsabilità diretta di 19 regioni e 2 province autonome, che gestiscono l'allocazione delle risorse, l'organizzazione delle cure e il livello di efficienza a livello locale.

Al centro dell'integrazione nazionale c'è il concetto fondamentale dei “livelli essenziali di assistenza” (LEA), un “catalogo” di servizi forniti dal sistema sanitario la cui composizione è individuata in maniera trasparente e condivisa attraverso un processo di analisi di: evidenze, domanda e aspettative della popolazione, costo-efficacia.

Dal 2008 a oggi, le procedure di rientro dal deficit sanitario (“piani di rientro”) sono state estese dalle sette regioni originariamente coinvolte a un totale di dieci, delle quali cinque hanno avuto i propri poteri sospesi dal livello centrale attraverso l'istituzione di commissari, il cui ruolo preminente è disegnare e realizzare piani operativi cogenti rispetto alle necessità attuali in materia finanziaria. Finora solo la una regione (Liguria) è riuscita a completare con successo questo percorso.

Il deficit sanitario ha raggiunto livelli drammatici, in una situazione aggravata dalla crisi e dai suoi effetti a livelli di interi settori dell'economia locale. Conseguentemente, il Ministero delle Finanze e il Ministero della Salute hanno intensificato notevolmente tutte le procedure atte a monitorare le funzioni del sistema, soprattutto nelle regioni in piano di rientro. Sono stati imposti una serie di obblighi a strettissima scadenza, al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Tra le azioni richieste con urgenza figurano l'uso di un insieme comune di indicatori, il raggiungimento di obiettivi di salute ed economici e una maggiore capacità di mantenere sistemi informativi robusti e completi su base continuativa.

In tale contesto, i cosiddetti “indicatori LEA” sono particolarmente rilevanti, in quanto includono aspetti che riguardano la prevenzione, l'assistenza territoriale, l'assistenza per acuti, gli esiti, lo stato di salute. Deviazioni sostanziali da una lista di obiettivi concordati vengono associate a un abbattimento del finanziamento alle regioni, o penalità imposte sulle regioni in piano di rientro. Lo stesso sistema di monitoraggio, seppure in maniera meno stringente, si applica anche alle regioni “virtuose”.

Parallelamente a queste attività, il Ministero della Salute italiano ha supportato l'attività di valutazione in vari modi, attraverso l'istituzione ed il rafforzamento Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Il SiVeAS ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Tra le linee di attività del SiVeAS, figurano lo sviluppo di un “modello di valutazione dei sistemi sanitari regionali” e la “valutazione degli esiti dei trattamenti”, tra cui figura il Programma Nazionale Esiti.

In tali ambiti si colloca il crescente impegno dell'“Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali” (AGENAS), ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un

ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale.

L'Agenzia svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata che, con delibera del 20 settembre 2007, ha indicato come obiettivo prioritario e qualificante dell'attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Servizio sanitario nazionale (ad esempio, tempi di attesa, *health technology assessment*, *risk management*, spesa sanitaria, ecc.). Una delle attività affidate all'Agenas è la promozione dell'empowerment del cittadino, per realizzare la quale l'Agenzia ha implementato il *Ciclo delle buone pratiche per l'empowerment* (CBPE). Il CBPE rappresenta un modello di intervento e miglioramento costituito da una serie di azioni ricorsive che vanno dal "Condividere valori, modelli e strumenti", al "Rilevare esperienze significative", al "Trasferire saperi" per "Promuovere azioni": un modello ispirato ai principi del *knowledge network*¹ e alle teorie della diffusione delle innovazioni.

Ma da dove nasce la necessità di promuovere l'empowerment? Sin dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) invita i Paesi membri ad assumere responsabilità rispetto alla promozione dell'empowerment, riconosciuto quale elemento di fondamentale importanza per l'equità, la qualità e la sostenibilità dei sistemi sanitari ed in particolar modo dei sistemi sanitari di tipo universalistico.

Nel 2007 la Conferenza Unificata Stato Regioni ha recepito le indicazioni dell'OMS, assegnando all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) un esplicito mandato finalizzato a "favorire e supportare la pianificazione, la gestione e la valutazione di strategie, ricerche e percorsi formativi finalizzati all'empowerment amministratori locali, delle comunità, del personale dipendente degli EE.LL. coinvolto nelle attività di integrazione socio sanitaria". In risposta a tale mandato l'Agenas ha promosso la costituzione di un Gruppo interregionale permanente sull'empowerment, con il quale, per ciascuna delle azioni componenti il CBPE, sono state realizzate le azioni e i prodotti elencati di seguito²:

- individuazione e condivisione di modelli e strumenti di monitoraggio delle esperienze nazionali di empowerment, sulla base delle indicazioni dell'OMS;
- rilevazione delle esperienze di empowerment segnalate dalle Regioni/province Autonome come significative
- costituzione di un *data base on-line* – attualmente in fase di aggiornamento - in cui sono raccolte 71 esperienze regionali di empowerment (40 individuale, 21 organizzativo, 20 di comunità);
- diffusione esperienze esemplari;
- attivazione di una rete volta a favorire la realizzazione ed il trasferimento interregionale delle buone pratiche (attraverso specifici progetti di ricerca sanitaria).

Rispetto all'ultima azione elencata l'Agenas negli anni 2010/2011 ha promosso il trasferimento interregionale di due esperienze esemplari di empowerment organizzativo:

¹ Nonaka I. and Takeuchi H. (1995), *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York, Oxford University Press.

² Il percorso descritto è riportato in maggior dettaglio nel 6° supplemento al numero 25 *Quaderni di Monitor*: http://www.agenas.it/monitor/supplementi/Quaderno_Monitor_6_SupplMon.pdf

gli “UFE (Utenti Familiari Esperti) attuata nella PA di Trento e “Cultura Etica Aziendale” realizzata dalle Aziende Sanitarie dell’Area Piemonte Nord Orientale.

L’impegno dell’Agenas per il futuro è di continuare a sostenere la strategia di trasformazione del CBPE supportando la rilevazione e la diffusione delle buone pratiche, promuovendo costanti occasioni di confronto e scambio tra professionisti, organizzazioni ed istituzioni per poter mantenere ed ampliare quel *knowledge network* avviato dal gruppo di lavoro interregionale.