

Il piano sanitario 2003-2005 con un'occhiata a quello 1998-2000

Giancarlo Biasini
Direttore di Quaderni acp

In un Paese bene ordinato il PSN è cosa "comunitaria e condivisa", ai cui obiettivi dovrebbe ispirarsi quotidianamente l'attività delle professioni sanitarie. Ogni piano, infatti, presuppone la presenza di tre elementi: una serie di obiettivi assunti come fini dell'attività presa in considerazione (la salute nel nostro caso), un insieme di mezzi che dovrebbero permettere il raggiungimento degli obiettivi (il finanziamento dei servizi regionali), le persone o i gruppi che devono realizzare gli obiettivi (il personale del SSN). Senza la presenza di questi elementi ogni piano è destinato al fallimento.

Il primo punto da cui bisognerebbe partire per elaborare un PSN dovrebbe essere la definizione degli obiettivi raggiunti o mancati dal piano precedente; per noi quello 1998-2000.

Nel PSN 2003-2005 c'è, a tale proposito, un accenno che ci riguarda: dice il nuovo PSN che "il Progetto Materno-Infantile del PSN 1998-2000 non ha avuto ancora piena attuazione, pur conservando in linea di massima la sua validità". Noi lo abbiamo scritto da tempo, ma il PSN avrebbe dovuto andare oltre, affrontando le cause per le quali questa "non attuazione" è avvenuta; non c'è nulla di tutto questo.

E che significa che "conserva la sua validità"? In quali parti? Anche nel suggerimento di attuare i DMI?

Vediamo, allora, quali obiettivi materno-infantili del piano precedente, quello del governo di centro-sinistra, sono stati raggiunti, limitandoci agli obiettivi per i quali erano fissati indicatori "numerici".

Fumo

- Deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza
- Deve ridursi la frequenza dei fumatori fra gli adolescenti

Diagnosi precoce

- Deve essere esteso a tutto il territorio nazionale lo screening biennale per le donne fra 50 e 64 anni per il carcinoma mammario e lo screening triennale con il Pap-test per le donne fra 25 e 64 anni per il carcinoma del collo dell'utero

Malattie infettive

- La copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi dovrà raggiungere il 95% per Poliomielite, Difterite, Tetano, Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, *Haemophilus influenzae*
- Dovrà ridursi del 25% l'incidenza delle infezioni ospedaliere

Mortalità

- Si dovrà ridurre la mortalità perinatale e infantile almeno all'8/1000 in tutte le Regioni e a tale scopo il PSN si impegna a predisporre linee guida per la gravidanza e il parto

È abbastanza chiaro che **nessuno** di questi obiettivi è stato ottenuto. Non abbiamo i dati della mortalità perinatale e infantile per il 2000, limite di validità del piano, ma quelli che abbiamo pubblicato sul numero 4 del 2002 di *Quaderni*, a pagina 11, dimostrano che almeno 4 Regioni sono ben lontane dall'aver raggiunto il limite per la mortalità perinatale indicati dal piano.

Nel piano 2003-2005 non si fa alcuna riflessione su perché ciò sia accaduto; se è accaduto, potrebbe riaccadere. E questo è veramente strano e inspiegabile; non approfondendo, si rischia di ripetere il *flop*. Il nuovo piano, o meglio lo schema di PSN approvato dal Consiglio dei Ministri, deve tenere conto delle modificazioni legislative intervenute: la modifica del titolo V della Costituzione varata dal governo di centro-sinistra e l'appro-

vazione da parte del governo della devoluzione, che porterà a una ulteriore modifica della Costituzione che avrà sostanzialmente tutti i poteri in materia di salute o sanità in capo alle amministrazioni regionali.

Scrive, infatti, il ministro che il nuovo PSN "si trasformerà da atto programmatico **per** le Regioni in progetto di salute condiviso e attuato **con** le Regioni in modo sinergico e interattivo".

Verrebbe da dire: "parole, solo parole". Neanche per il passato il PSN è mai stato un atto cogente **per** le Regioni. Per limitarci a questioni che ci hanno interessato: il Progetto Materno-Infantile varato come DPR e facente parte del precedente piano non è stato attuato da nessuna Regione (forse la Basilicata?). Ogni Regione ha varato un suo modello indipendente dalle indicazioni del Progetto Materno-Infantile; sono mancate persino indicazioni sulle modalità organizzative che le singole Regioni adottavano per l'organizzazione delle cure materno-infantili. La politica vaccinale è stata affidata, nelle Regioni, alla più pura improvvisazione.

Abbiamo l'impressione che il nuovo PSN non avrà migliore fortuna proprio perché dichiara la sua "levità" ("sarà attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo" non vuol dire nulla).

È ben vero che il Ministro se ne rende conto; infatti, per tentare il coordinamento fra Stato e Regioni, ha ritenuto di proporre alle Regioni quattro dimensioni collaborative: 1) stringere accordi specifici su singoli punti per realizzare sinergie fra funzioni statali e funzioni regionali (ma le funzioni rimaste allo Stato sono oramai pressoché nulle); 2) individuazione da parte delle Regioni di linee guida meglio attuabili con il concorso dello Stato; 3) definizione di aree di spe-

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale

Abstract

The Public Health Programme for the years 2003-2005 is analysed considering mainly the parts regarding maternal and child's indications. The new programme resumes all the previous aims without considering the ones not yet reached (for example: the reduction of perinatal mortality rate under 8/1000 in all Italian regions), and leaving unanswered the reasons underlying it.

Giancarlo Biasini. Public Health Programme 2003-2005: and a look backward. Quaderni acp 2003, vol. X n° 6; 7-8

rimentazione organizzativa da proporre - una volta sperimentate - alle altre Regioni; 4) individuazione di campi di competizione dei sistemi regionali con i sistemi sanitari europei.

Per quanto riguarda gli obiettivi del PSN dobbiamo dire che sono gli stessi soliti obiettivi del piano precedente: malati cronici, stili di vita salutari, fumo, alimentazione, tumori femminili, corretto impiego dei farmaci, qualità, malattie rare, emergenze, territorio al centro del sistema, livelli essenziali di assistenza.

Per le vaccinazioni (che Iddio perdoni al ministro la confusione sulle vaccinazioni antinfluenzali del mese di ottobre) c'è una semplice descrizione delle esistenti possibilità e l'avviso che l'OMS chiede che per il 2007 il morbillo sia eliminato e che per il 2010 tutti i Paesi abbiano una incidenza inferiore a 1/100.000 per pertosse, parotite e malattie invasive da *Haemophilus influenzae*.

Per la mortalità si fa cenno solo a quella neonatale con l'obiettivo di "avvicinare la media nazionale a quella della regione con indice di mortalità più basso"; si fa cenno all'indicazione dell'OMS per l'anno 2020 di collocare la media dei bambini sottopeso a una prevalenza del 3.8%; di ridurre il tasso di ospedalizzazione dell'età 0-14 anni, che è attualmente del 119/1000 (in realtà per l'anno 2001 il tasso è del 111/1000), oltre il doppio di quello del Regno Unito. La riduzione richiesta è del 10% per anno (cioè di passare in 3 anni dal 119 all'87/1000!). Altra richiesta è quella di ridurre il numero dei parti cesarei al 20% (si veda a pag. 24 la situazione attuale). Questi due sono i soli obiettivi numerici del Piano.

Contrasta con la levità degli impegni del PSN la prosa didascalica (Giorgio Tamburlini su *Medico e Bambino* ha scritto: "più da libro bianco che da documenti di indirizzo programmatico") di moltissime sue parti e qualche svarione come i "consultori-ambulatori che operano sul territorio e in ospedale"; il capitolo su ambiente e salute ha aspetti di carattere tecnico probabilmente eccessivi in un PSN, mentre tutta la parte che

riguarda i fattori protettivi, che sembrano essere l'aspetto più nuovo del passaggio dalla vita del bambino a quella adolescenziale, sono del tutto ignorati, come ignorata è la concezione del capitale sociale, e - come ha ancora fatto notare Giorgio Tamburlini - il peso delle prime epoche della vita nel determinare salute in età adulta.

Altro punto (questo al di fuori del PSN) che ha bisogno di essere compreso sono le funzioni dell'*Azienda Territoriale Convenzionata* che è contenuta nel DPEF 2004-7 e che dovrebbe servire soprattutto a frenare l'uso improprio dei ricoveri ospedalieri e a garantire la presenza ininterrotta, nelle 24 ore, dei servizi assistenziali richiesti dai cittadini. L'*Azienda* sarà costruita e gestita dai medici di medicina generale, pediatri di base, specialisti ambulatoriali; sarà incaricata di "gestire un budget generale e di governare la domanda".

Esperienze di questo tipo sono state fatte con la riforma laburista del 1999 e con la costituzione dei *Primary Care Group* in Gran Bretagna, ed ancora più specificamente con le *Aree Basiche di Salute* in Catalogna che sono vere e proprie "imprese" convenzionate; o meglio «potrebbero essere» vista la difficoltà con la quale si realizzano. Una soluzione di questo tipo era stata ipotizzata, tempo fa, all'interno del "modello lombardo", nel quale si era prospettata la possibilità di convenzioni con privati per la medicina preventiva: le vaccinazioni in particolare. Viste le difficoltà operative di una soluzione del genere (la formazione dell'*Azienda* convenzionata), è difficile pensare che si tratti di una ipotesi vicina alla realizzazione. Non si capisce bene, poi, se la *Unità territoriale di assistenza primaria* che verrà proposta alla medicina e pediatria di base in occasione del prossimo rinnovo della convenzione è un prologo dell'*Azienda territoriale convenzionata* o è cosa diversa. È anche difficile ritenere che modificazioni così rilevanti della somministrazione dell'assistenza possano semplicemente passare attraverso accordi sindacali.

PROSPETTIVE IN PEDIATRIA**Dalle frontiere della ricerca alla pratica clinica**

Nel numero 130 del 2003 di *Prospettive in Pediatria* vengono discusse le ultime novità in gastroenterologia e cardiologia. Nella sezione «Frontiere» un articolo ci illustra gli approcci epidemiologici utilizzati per la definizione della componente genetica dei tratti fenotipici, i metodi genetici disponibili per la ricerca delle mutazioni coinvolte nelle patologie monogeniche e complesse e l'importanza dell'analisi dei polimorfismi nucleotidici semplici (SNP). Nella sezione di «Pediatria Sociale», tre articoli fanno il punto da varie angolazioni, sulla SARS.

GASTROENTEROLOGIA (S. Auricchio)

- **Recenti acquisizioni in Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica**
S. Auricchio
- **Novità in epatologia pediatrica: basi genetiche delle colestasi familiari intraepatiche progressive e terapia dell'epatite cronica virale B.**
A. Meneghini, P. Vajro
- **Novità in tema di malattia da reflusso gastroesofageo nel bambino**
O. Borrelli, V. Mancini, A. Ambrosini e S. Cucchiara
- **Novità in tema di diagnosi e terapia nella stipsi cronica**
G. Boccia, P. Coccorullo e A. Staiano

CARDIOLOGIA (B. Marino)

- **Cosa c'è di nuovo in cardiologia pediatrica? Una analisi della letteratura 2000-2002**
B. Marino, F. Mileto e G. Calcagni
- **La malattia di Kawasaki**
De Zorzi, B. Leopardi
- **La terapia farmacologica nella disfunzione ventricolare in età pediatrica**
G. Pacileo, M. D'Alte, R. Calabrò

FRONTIERE (A. Cao, L. Notarangelo)

- **Dal fenotipo al genotipo, e viceversa, nell'era postgenomica** G. Pilia

PEDIATRIA SOCIALE (A. Guarino)

- **SARS: focus sul bambino**
V. Giacomet, A. Vigano
- **SARS: il punto di vista della sanità pubblica** R. Pizzuti
- **SARS: la lezione che abbiamo imparato** A. E. Tozzi

ABBONAMENTI DI PROSPETTIVE IN PEDIATRIA

Italia € 48,00; Estero € 63,00; Istituzionale € 48,00; Specializzandi € 30,00; Fascicolo singolo € 21,00.

PROSPETTIVE IN PEDIATRIA

Pacini Editore S.p.A., via Gherardesca 1, 56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
E-mail: abbonamenti@pacineditore.it