

GLI STANDARD DELLE PRESTAZIONI IN SANITÀ

Il Servizio Sanitario Nazionale è alimentato da risorse derivanti da varie voci di tasse e imposte. La maggior parte di questi finanziamenti afferisce alle Regioni che, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, hanno di fatto l'esclusiva della organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari nel loro territorio. Questa pressoché totale autonomia regionale ha fatto sì che i Servizi Sanitari organizzati dalle Regioni avessero tra loro cospicue differenze circa la quantità, la qualità e il costo dei servizi erogati; ciò ha costituito, in molte aree, la causa principale della migrazione dei cittadini verso altre regioni al fine di ottenere prestazioni migliori e più sollecite. Inoltre alcune Regioni hanno utilizzato i fondi sanitari anche per coprire altri settori della spesa pubblica e ciò ha comportato a sua volta una riduzione della qualità e della quantità dei Servizi Sanitari erogati.

Per porre un rimedio a queste disuguaglianze e ai disagi che esse provocano ai cittadini è necessario stabilire degli standard di quantità, qualità e costo dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) ossia delle prestazioni sanitarie erogate a spese della finanza pubblica. Questo è stato previsto esplicitamente dall'*art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004 N. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”* (Legge Finanziaria per il 2005). In altri termini la legge prevede che in ogni area del Paese vengano erogati Servizi Sanitari che rispondono a requisiti minimi di quantità, di qualità e di costo: ad esempio lo standard definisce che l'intervento di bypass aorto-coronarico debba essere erogato in misura di non meno di 200 interventi per anno per milione di abitanti e che la sopravvivenza a 30 giorni debba essere superiore al 99%, con un costo che non superi € 4.000.^{*} La definizione degli standard dovrebbe toccare al Ministero della Salute, cui compete anche di verificare con il suo servizio ispettivo e con la collaborazione delle associazioni di pazienti che gli standard vengano applicati e, nel caso ciò non accada, il Ministero dovrebbe intervenire con misure correttive.

La metodologia per definire gli standard parte dalla valutazione della realtà, lavoro che è stato fatto da *Marco Campari* per conto del Ministero della Salute nel 2007 (confronta: M. Campari. *La variabilità dei consumi*, riportato in G. Sirchia: “*Spunti per una sanità migliore*”. Appendice A - girolamosirchia.org). Il lavoro tuttavia non è stato compiuto e non è più stato ripreso questo concetto fino ad oggi. Se si addivenisse alla realizzazione e controllo degli standard di quantità, qualità e costo dei Servizi Sanitari, i divari tra le Regioni sarebbero ridotti, non si verificherebbe più la riduzione impropria dei Servizi Sanitari erogati in alcune Regioni, la qualità sarebbe sotto controllo e anche il costo divenrebbe standard, eliminando quei divari per cui, ad esempio, un presidio sanitario costa in alcune aree del Paese il doppio di quanto pagato da altre ASL. Questo in realtà sta accadendo per i costi: i costi standard, di cui si sta discutendo, altro non sono che l'applicazione del principio suddetto alla valutazione economica. Tuttavia non si parla ancora di standard di quantità e qualità, che sono assolutamente indispensabili per garantire il *value for money* e, con esso, che ogni cittadino, ovunque viva, goda degli stessi diritti in termini di assistenza sanitaria.

Girolamo Sirchia

Milano, 14 marzo 2014

* **Nota.** Il costo dell'infarto miocardico nel 2008 è stato in USA di \$ 6.000 (€ 4.300) comprese le complicanze a 30 gg. (Rosky DS at al. *Growth in medicare expenditures for patients with acute myocardial infarction. A comparison of 1998 through 1999 and 2008*. *Jama Int Med* **173**, 2055-61, 2013).