

ADDENDUM 16

IL NOSTRO SERVIZIO SANITARIO - PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO -

GIROLAMO SIRCHIA

Vanno riconosciuti al nostro Servizio Sanitario i meriti di essere universale, gratuito (o quasi) al punto di erogazione e relativamente poco costoso (7% del PIL). Esso tuttavia deve essere oggi migliorato in quanto l'impianto originario e le numerose modifiche intervenute dal 1978 non si sono dimostrate del tutto adeguate a soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini. Bisogna studiare e applicare a piccoli passi un piano di miglioramento che prevede, a mio avviso, alcuni fondamentali punti:

1. innanzitutto **equità**, che parte dal diritto di ogni cittadino ad avere uguali possibilità di salute ovunque egli viva; ciò significa uniformità dei servizi sanitari sul territorio, ossia pari quantità e qualità delle cure erogate da ogni area del territorio;
2. bisogna che lo Stato definisca allora i livelli minimi di quantità e qualità che ogni ASL deve erogare a fronte dei finanziamenti ricevuti. Per questo bisogna **costruire gli standard di quantità, qualità e costo**.

Per la **quantità** Campari ha messo a punto un metodo innovativo (in *Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza* citato in G. Sirchia *Spunti per una sanità migliore*, Piccin 2011); misurando le prestazioni e i loro costi si vedono abissali differenze anche entro la stessa regione. Questo strumento consente di approfondire gli out-layers e applicare azioni correttive. Per la **qualità** bisogna misurare gli outcomes, costruendo un cruscotto di indicatori essenziali e ben misurabili con poca spesa e sistematicamente.

Per quanto riguarda gli indicatori esistono diverse versioni, da quelle più sintetiche a quelle più dettagliate ed essi esplorano diversi settori. Al nostro scopo interessano:

- 1) quelli economici che valutino cioè lo stato dell'economia del Paese e la crescita economica (vedi Allegato A);
- 2) quelli che misurano il benessere psicologico (vedi ad esempio la misurazione del benessere equo e sostenibile pubblicato dal Comitato CNEL-ISTAT nel 2012 che, in aggiunta al PIL (indicatore molto usato ma insufficiente), considera 12 domini e precisamente: ambiente, salute, benessere economico,

- istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ricerca e innovazione, qualità dei servizi, politica e istituzioni (www.cnel.it);
- 3) quelli che misurano lo stato di salute della popolazione (vedi Allegato B) e quelli che valutano la *performance* degli erogatori di servizi socio-sanitari (vedi ad esempio quelli pubblicati in Gran Bretagna nell'appendice tecnica del *NHS Outcomes Framework 2012/13* (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationandstatistics/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700).
3. Bisogna che si investa nella ricerca sanitaria, ossia quella ricerca che si propone di trovare le forme migliori per organizzare e gestire l'erogazione dei servizi sanitari in modo **più consono ai pazienti** (detti **centrati sul paziente**). Alla ricerca bisogna però affiancare la libertà regionale di sperimentare in accordo con lo Stato le soluzioni che sembrano migliorative **derogando dalle regole vigenti**. Ciò oggi non è possibile: serve una legge dello Stato che lo consenta e ciò la regione deve ottenere dallo Stato. Tra i temi di ricerca più importanti cito innanzitutto un tipo di aziendalizzazione diverso dall'attuale, che emargina i medici e i loro rapporti/responsabilità interpersonali nel nome dell'integrazione organizzativa e del profitto economico (Fumagalli A – *Livelli di responsabilità nella pratica professionale. Aggiornamenti Sociali 212-221, marzo 2012*). I poteri e le responsabilità dovrebbero essere trasferiti dalla Direzione Generale ai Dipartimenti e ai Primari dei singoli reparti o aree di diagnosi e cura onde evitare che le scelte delle Direzioni contrastino con gli interessi dei pazienti e dei medici nel nome dell'efficienza aziendale e del pareggio di bilancio. Si tratta in altre parole di implementare finalmente la *clinical governance* ossia quell'ordinato insieme di strumenti e processi organizzativi e gestionali finalizzato al miglioramento continuo della *performance* (intesa come quantità, qualità e costo dei servizi sanitari erogati) che sono di esclusiva competenza dei medici (*Degeling PJ et al – Making clinical governance work. BMJ 329*, 679-81, 2004).
4. A questo punto bisogna iniziare un percorso di rinnovamento costituito dai seguenti punti:
- 1) misurare gli *outcomes* e i PROMS (*Patient-Related Outcomes Measures*) sia nella sanità ospedaliera che in quella territoriale procedendo al relativo

benchmarking e all'applicazione di eventuali misure correttive. La misurazione e i controlli devono prevedere anche ispettori operativi sul campo. I risultati devono poi essere resi pubblici;

- 2) utilizzare l'accreditamento per ammettere al rimborso sanitario solo le strutture che raggiungono livelli di qualità minimi predefiniti in numero minimo sufficiente. Ciò implica che i bisogni della popolazione vengano stimati preventivamente e si debbano assicurare in ogni area analoghe quantità e qualità dei servizi. Ricordiamo che l'eccesso di offerta comporta un eccesso di domanda e spreco di risorse;
- 3) attivare aziende sanitarie costituite da reti di erogatori di servizi di crescente intensità di cura con un pagamento al personale (compresi i Medici Generalisti) che prevede anche la voce quantità e qualità delle prestazioni erogate oltre che il bilancio della rete – azienda (funzione variabile). La rete – azienda (analogia alla ACO statunitense) deve essere libera di scegliere e cambiare i partners. E' importante che la convenzione con la ASL dei singoli Medici Generalisti venga sottoposta a rinnovo ogni 5 anni in base alla valutazione sistematica di performance (quantità, qualità oggettiva e percepita e costi del servizio erogato) ad opera di medici ispettori della ASL.
- 4) gerarchizzare gli Ospedali, prevedendo Ospedali locali a bassa intensità di cura e Ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, strategicamente distribuiti sul territorio in misura minima sufficiente;
- 5) valorizzare le risorse umane e la loro motivazione professionale e sociale che include un moderno aggiornamento dei medici sia territoriali che ospedalieri con un ben articolato programma di *Continuous Professional Development* (CPD). In una organizzazione le persone sono la risorsa più importante e bisogna ricordare che esse non sono solo strumenti di lavoro, ma professionisti con cuore e mente. Per questo essi hanno bisogno di assicurarsi un benessere economico, ma anche uno status sociale, crescita e sviluppo professionale, possibilità di contribuire al raggiungimento di obiettivi. Ogni persona ha capacità latenti che il buon *manager* deve scoprire e valorizzare, creandole un ambiente favorevole e coinvolgendola nei valori e nelle responsabilità dell'organizzazione. Le persone vogliono essere parte di una missione. Esse vogliono essere orgogliose del loro lavoro, vogliono che la loro vita sia significativa, abbia uno scopo e non vogliono essere considerate solo un fattore produttivo. Se il *manager* cura solo l'aspetto della produzione le persone cercheranno altrove, fuori dal lavoro, la loro soddisfazione e il lavoro verrà da loro considerato come un peso da cui fuggire appena possibile (Covey SR: *La leadership centrata sui principi*. Franco Angeli editore, Milano, 2009, pagina 166). Negli ultimi anni in particolare, i medici sono stati

marginalizzati nella società ed è prevalso in sanità un aspetto economicistico che l'ha disumanizzata, scontentando i pazienti e demotivando il personale sanitario. Gli amministratori devono smettere di considerare l'Ospedale come un'azienda, definizione che ha generato equivoci di ogni tipo e ha avuto conseguenze negative. Essi devono capire che l'Ospedale non è nato per fare economie in sanità, ma per curare i malati, anche se l'oculata e onesta gestione delle risorse è da considerarsi comunque un valore ed un obiettivo primario. Un buon *manager* deve capire fino in fondo la sanità e i suoi valori e diventare il supporto dei malati e del personale sanitario, creando loro un ambiente favorevole a svolgere il loro difficile lavoro. Questa è anche la premessa per acquisire e trattenere professionisti di alta qualità, fattore vitale per il successo dell'organizzazione. I medici chiedono di essere considerati professionisti e non fattori produttivi, vogliono essere coinvolti nelle scelte strategiche, avere la delega al governo clinico, riconquistare il loro naturale ruolo sociale e professionale. L'uso di incentivi economici per migliorare le *performance* dei medici funziona poco e male in molte condizioni cliniche e, più in generale, nei sistemi complessi. Le ragioni sono molteplici: l'aggiustamento del rischio è difficile, molti indicatori usati per valutare gli *outcomes* sono discutibili; gli indicatori basati sul processo, ancorché più facili da calcolare degli *outcomes* clinici aggiustati sul rischio del paziente, correlano male con la qualità degli *outcomes*; intervengono spesso fattori mal conosciuti che interferiscono in modo variabile (ad esempio lo stato sociale dei pazienti); l'*audit* può essere visto come un controllo pericoloso per i medici e generare comportamenti di resistenza; infine alcuni effetti delle misure possono essere distorsivi (ad esempio spostare l'attenzione su alcuni pazienti e patologie a scapito di altri, comportare perdita di motivazione, generare la messa in atto di artifici più o meno leciti come l'*up-coding*). Infine, e ben più importante, bisogna ricordare che il denaro è solo uno dei fattori che influenzano il comportamento degli uomini, e non è il più importante. *Glasziou et al* solo dopo aver risposto positivamente ad una serie di domande circa l'adeguatezza del metodo nella situazione considerata (e in particolare alle prime tre e alle possibilità di valutare gli effetti dell'uso di incentivi) hanno proposto un metodo che prevede di applicare il *pay-for-performance* (*Glasziou PP et al, Pay for performance. How to make it worth doing. Brit Med J* **345**, 22-25, 2012) (ALLEGATO C).

- 6) riordinare la medicina territoriale in modo che i servizi del Medico Generalista attraverso la cooperazione di più medici siano più ampi (aggiungendo ad esempio gli esami ematochimici più semplici, l'elettrocardiografia e l'ecografia), disponibili almeno 16 ore al giorno e

facciano parte di una rete collaborativa di medici e strutture diverse, analoga alla ACO (*Accountable Care Organization*) in USA (www.cms.gov/ACO) e basata sui gruppi collaborativi di cura (O'Malley PG – *Collaborative Care and the Medical Home: a good match.* Arch. Int. Med. **171**, 1428-29, 2011). E' inoltre consigliabile che i Medici Generalisti lavorino part-time in ambito ospedaliero ai fini del loro aggiornamento oggi assai carente. L'accesso al Medico Generalista e ai Pediatri territoriali va molto migliorato, incluse le visite domiciliari anche nei giorni festivi e prefestivi. Per tutti gli erogatori di servizi sanitari deve essere previsto un sistematico controllo anche con ispettori che ne valutino il servizio ed i comportamenti e che raccolgono il parere dei pazienti e dei colleghi.

- 7) Istituire e sperimentare le Case della salute e le reti a decrescente intensità di cura (Ospedale, strutture intermedie, sanità territoriale, domicilio), in particolare per il trattamento dei malati cronici. Molto urgente è infatti organizzare la gestione dei pazienti cronici (*chronic disease management*). In Italia questa è assai carente, e si nota in particolare dopo la dimissione dei pazienti dall'Ospedale. E' giusto che il paziente venga riaffidato al medico generalista, ma non si può pretendere che quest'ultimo sia un esperto in ogni ambito della medicina. E' quindi indispensabile che lo specialista continui a gestire il paziente insieme al generalista, supervisionando il percorso di diagnosi e cura e suggerendo gli interventi più adeguati. La collaborazione tra i medici dovrebbe iniziare già prima della dimissione e dovrebbe prevedere un colloquio (non solo una nota di epicrisi) tra lo specialista e il generalista per redigere un piano terapeutico individuale del paziente, comprensivo dei controlli periodici. Il piano dovrebbe anche prevedere i solleciti telefonici per gli appuntamenti programmati a cura di un infermiere responsabile (*case manager*) operante nell'ambito ove il generalista esercita la sua professione. Solo questo tipo di collaborazione consente una adeguata gestione del paziente cronico, che altrimenti, lasciato a se stesso, va incontro inevitabilmente ad un più rapido peggioramento della sua patologia. Si pensi ad esempio come una ipertensione non ben controllata può compromettere la vita di un paziente dimesso dall'ospedale dopo un ictus ischemico.

Molta attenzione va riservata alla prevenzione delle malattie croniche e ad una miglior organizzazione dell'assistenza. Tra gli strumenti per affrontare meglio l'invecchiamento della popolazione, i seguenti:

- i.) miglior prevenzione primaria e precoce (fumo e alimentazione, grassi trans, attività fisica, sovrappeso, cadute nell'anziano);
 - ii) Affidare al geriatra (meglio in un reparto di geriatria con personale adeguatamente preparato) la valutazione e il coordinamento delle cure degli anziani ricoverati in ospedale o afferenti agli ambulatori (*Ellis G et al – Comprehensive geriatric assessment in emergency admission – BMJ 343*, 1034, 2011 e *BMJ 343*, 1029-30, 2011 – Editoriale);
 - iii) telemedicina per i cronici a casa;
 - iv) evitare la frammentazione del finanziamento (sanitario diviso dal sociale) [1^a Conferenza della Commissione Europea, maggio 2011 - *BMJ 343*, 53-54, 2011 (vedi anche pp 62-63)].
- 8) investire nella promozione della salute e nella educazione sanitaria della popolazione con una comunicazione moderna ripetuta e diffusa (*marketing sociale*);
5. E' necessario infine studiare e applicare soluzioni che rendano sostenibili il Servizio Sanitario Nazionale in modo da evitare i tagli selvaggi cui stiamo assistendo. Le soluzioni sono molteplici, e vanno ben studiate e sperimentate prima di applicarle. Oltre alla prevenzione di sprechi e frodi (che si calcola sostengono almeno un quarto della spesa sanitaria) bisogna considerare altre soluzioni: ad esempio eliminare dai LEA e assegnare ad altre forme di finanziamento (assicurazione pubblica) le patologie originate da attività voluttuarie (sport). Per il rinnovamento degli immobili e delle tecnologie dovranno infine essere studiate forme di finanziamento straordinarie (Project financing? Fondi di enti pubblici o privati? Sottoscrizioni pubbliche?)

Conclusioni Tutte le proposte sopra esposte di miglioramento del nostro Servizio Sanitario sono solo suggerimenti e spunti che vanno approfonditi, inserendo le normative che ne scaturiscono in un piano ben articolato, ben comunicato e progressivo. E' essenziale che i singoli cambiamenti avvengano passo dopo passo, siano sperimentati e valutati e ben compresi dagli operatori sanitari prima di essere sistematicamente implementati. Si tratta quindi di un processo di miglioramento che potrà impiegare anni per giungere a compimento, e che implica competenza e onestà di coloro che dovranno gestirlo. Va garantita ai cittadini una gestione della sanità trasparente e fortemente ancorata ai principi etici. A tal fine è necessario che i bilanci

regionali vengano certificati e che tutte le delibere adottate vengano sottoposte al vaglio di una Commissione di Vigilanza di Parte Terza ispirata al *D.Lgs. 231 dell'8 giugno 2001* (cosiddetta della *compliance*).

L'auspicio è che il Paese sappia sostenere con scelte oculate questo indispensabile sforzo della sanità italiana per cambiare onde migliorare, e migliorare per sopravvivere.

Allegati

Milano, 8 febbraio 2013

INDICATORI DI CRESCITA ECONOMICA DELLA NAZIONE

(M.F.R. KETS DE VRIES. *FIGURE DI LEADER*. CORTINA RAFFAELLO EDITORE, 2010, pp 102-103)

- 1. NUMERO DI START-UP (+)**
- 2. NUMERO ED ENTITÀ DI INVESTITORI STRANIERI (+)**
- 3. NUMERO DI IMPIEGATI DELLO STATO (-)**
- 4. GIOVANI CHE ASPIRANO A LAVORARE PER LO STATO (-) ANZICHÉ INTRAPRENDERE AVVENTURE IMPRENDITORIALI**
- 5. CORRUZIONE (-)**
- 6. DISTRIBUZIONE DEL REDDITO (SOGGETTI MOLTO RICCHI O MOLTO POVERI) (-)**
- 7. LA GIUSTIZIA INGIUSTA (-)**
- 8. BILANCIA DEI PAGAMENTI**
- 9. DIFFICOLTÀ NELLE PRATICHE AMMINISTRATIVE (ECESSO BUROCRATICO) (-)**
- 10. TROVARE LAVORO PER I GIOVANI E LA MEZZA ETÀ**
- 11. CRIMINALITÀ**

INDICATORI DI SALUTE

OLTRE AL PIL E ALLO SPREAD BISOGNA INDIVIDUARE UNA SERIE DI INDICATORI DI SALUTE:

- 1. ATTESA DI VITA ALLA NASCITA**
- 2. DIFFERENZA DI ATTESA DI VITA IN RAPPORTO AL CENSO**
- 3. MORTALITÀ TOTALE E MORTALITÀ INFANTILE**
- 4. NUMERO DI FUMATORI**
- 5. OBESITÀ INFANTILE**
- 6. SUICIDI E CRIMINALITÀ**
- 7. SCREENING OBBLIGATORI E VACCINAZIONI**
- 8. ACCESSO AI SERVIZI SANITARI**
- 9. DIFFERENZE TERRITORIALI IN QUALITÀ E QUANTITÀ DEI SERVIZI SANITARI**
- 10. SERVIZI DI URGENZA ED EMERGENZA**
- 11. SERVIZI SOCIALI PER VECCHI E DISABILI**
- 12. NUMERO DI POVERI**
- 13. NUMERO DI DISOCCUPATI**

ALLEGATO C

Application of financial incentives checklist to some real examples					
Checklist item	Childhood immunisation in Australia*	Asthma action plan (3+7)	QOF haemoglobin A _{1c} target†	Hospital care of myocardial infarction, heart failure, and pneumonia§	Performance pay for low performing physicians
Is there a remediable problem in routine clinical care?					
1. Does the desired clinical action improve patient outcomes?	Yes—Trials and observational studies show net benefits for most vaccines covered	Written action plans improve control and reduce emergency visits	No—Indirect evidence only that lower HbA _{1c} predicts better patient outcomes; large trials were under way	Yes—Trials and observational studies show clear relation between evidence based processes of care and improved patient outcomes	Yes—Trials and observational studies show clear relation between screening for diabetes and breast and cervical cancer and vaccination and improved outcomes
2. Will the undesirable clinical behaviour persist without intervention?	Yes—Immunisation rates had been consistently dropping	Yes—Sustained low use of action plans had been documented	No—Trends showed improving control before incentives	No—Studies showed improvements for half of proposed measures, with at least 90% reaching target	Yes—Difference between low and high performing physicians persisted despite both groups improving
3. Are there valid and reliable measures of the desired clinical behaviour?	Yes—Immunisation easily recorded	Yes—Copy of plan	Yes	Yes	Yes
4. Have barriers and enablers to improving clinical behaviour been assessed?	No—Cold chain failure in rural areas not identified	Not examined	No	No	No
5. Will financial incentives work better than other interventions to change behaviour, and why?	Uncertain	Probably—Similar financing of immunisation had worked	Unclear	No—Monitoring and quality improvement collaborations yield similar, if not greater, improvements	Possibly—Studies suggest low performing physicians respond better to payments, but also to other quality improvement strategies
6. Will benefits clearly outweigh any unintended harmful effects, and at an acceptable cost?	Unclear cost effectiveness	Unclear—Low use of action plans even after incentives meant costly roll out with no impact	No	Unclear cost effectiveness; improvement gains were modest	Yes—Funds given to providers were small and the gains clinically significant
Design and implementation					
7. Are systems and structures needed for the change in place?	Mostly—but cold chain was a problem in remote areas.	Yes	Yes—Most practices had computerised systems	Yes	Yes
8. How much should be paid, to whom, and for how long?	Paying clinicians worked while incentives were in place	Patients?—GPs were paid but patients were reluctant to attend for the 3 visits required	National QOF system rewarded practices achieving targets, but behaviour reverted when target removed	Hospitals with a quality score in the top 10% received a 2% incentive bonus; those in the 10–20% band received a 1% bonus. In the third year a penalty was applied to low performers	Extra 1.5–7.5% of base fees, plus \$3000 bonus for improved quality scores
9. How will the financial incentives be delivered?	Direct payment to practices	Direct payment to practices	Direct payment to practices	Unclear how payments to hospitals were distributed to units	Directly to providers

*The General Practice Immunisation Incentive scheme was introduced in 1998 (www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/gpi/index.jsp).²¹
†Asthma 3+7 (www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pfi/files/27/09-2-asthma-a-incentive-guidelines.pdf). The 2011 financial incentive to increase use of action plans had disappointing results, perhaps because payment to the doctor required three patient visits, which well asthma patients were reluctant to do. Other barriers include insufficient trained practice nurses and asthma educators, spirometres, and practice registers.

‡The English Quality and Outcomes Framework (QOF).²² Target was later revised because of concerns about unintended consequences.²³ A three year programme in 265 not-for-profit volunteer hospitals that targeted care of five conditions: acute myocardial infarction, heart failure, pneumonia, coronary artery bypass grafting, and joint replacement of the hip and knee, but only the first three improved. Long term mortality was unaffected.
§Centres for Medicare and Medicaid Services premier health quality incentives demonstration.²⁴ A four year study comparing low performing physicians in two US preferred provider organisation health plans.²² Rewards were based on seven clinical quality indicators. The pay for performance group had significantly greater increases than controls for cervical cancer screening, HbA1c testing, mammography, and varicella vaccine after three years.

(Glasziou PP et al, *Pay for performance. How to make it worth doing*. Brit Med J 345, 22-25, 2012)