

Italia Equa e Solidale (IES)
Movimento di Cultura e Politica

PROGRAMMA POLITICO – II – SALUTE E SANITA'
GIROLAMO SIRCHIA E MARCO CAMPARI

SEZIONE A

PARTE I – L'IMPORTANZA DEI DATI E DELLA TRASPARENZA

Vanno riconosciuti al nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i meriti di essere universale, gratuito (o quasi) al punto di erogazione e relativamente poco costoso. Il tema che viene oggi posto è se il SSN, di fronte ai profondi cambiamenti economici e finanziari mai accaduti dalla sua nascita, risulti essere sostenibile nei prossimi anni.

Alla sostenibilità deve però essere assolutamente abbinata l'**equità**, che parte dal diritto di ogni cittadino ad avere uguali possibilità di salute ovunque egli viva. A tale scopo è indispensabile che lo Stato definisca i livelli minimi di quantità e qualità delle prestazioni che ogni ASL deve erogare a fronte dei finanziamenti ricevuti.

Sostenibilità ed equità sono due fondamentali obiettivi che possiamo sperare di raggiungere solo se riusciamo a misurare in modo oggettivo le prestazioni erogate ai cittadini.

Misurare per migliorare

La mancanza di **dati** tempestivi affidabili, che misurino i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati ed i costi relativi, impedisce di comprendere se stiamo soddisfacendo una **domanda appropriata** o se destiniamo risorse all'erogazione di prestazioni inutili e talvolta dannose. Le metodologie di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni non vengono generalmente applicate poiché portano a profondi cambiamenti della struttura dell'offerta.

Inoltre la mancanza di un sistematica rilevazione dei **costi per destinazione** (mancanza di una corretta contabilità per centri di costo) non consente di conoscere il costo dei LEA e quindi di giungere alla individuazione dei **costi standard**, ai quali facciamo costante riferimento, anche se non abbiamo ancora definito la metodologia per individuarli.

Il confronto tra i costi a parità di prodotto consente di verificare la validità o la debolezza del processo produttivo e, in questo secondo caso, costringe a migliorare l'EFFICIENZA aziendale, adottando opportune metodologie di ottimizzazione dei processi produttivi, che sono attualmente molto trascurate.

Per l'**appropriatezza** Campari ha messo a punto un metodo innovativo **nell'ambito di un appalto di consulenza del Ministero della Salute assegnato a un'ATI (Associazione Temporanea di Impresa) con mandataria KPMG (Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza riprodotto in G. Sirchia *Spunti per una sanità migliore*, Piccin 2011); classificando e misurando i ricoveri ospedalieri si vedono abissali differenze anche entro la stessa regione. Questo strumento consente di approfondire gli *out-laiers* e applicare azioni correttive. Per la **qualità** bisogna misurare gli *outcomes*, costruendo un cruscotto di indicatori essenziali e ben misurabili con sistematicità.**

Si stima che l'applicazione congiunta dell'appropriatezza sulla domanda e dell'efficienza sulla offerta consentirebbe di conseguire un risparmio certamente non inferiore al 15% della spesa attuale. Si ritiene il dato approssimato per difetto: i ricoveri ospedalieri presentano un livello di inappropriatezza non inferiore all'8% mentre le prestazioni ambulatoriali ed i consumi farmaceutici risultano inappropriati per un valore non inferiore al 30%. E' pertanto ragionevole assumere un valore di inappropriatezza complessiva della domanda pari ad almeno il 10%. Sulla domanda resa appropriata è altrettanto ragionevole pensare ad un miglioramento dell'efficienza non inferiore al 5-10%. Complessivamente la stima del 15% pare perciò ragionevole e in difetto.

Si pone a questo punto la domanda: perché ci è stata e c'è tuttora tanta resistenza verso i **dati**, le **misure** e la loro **trasparenza**? Non ci si rende conto che la mancanza di dati e di misure limita l'equità e la sostenibilità del nostro sistema? Cerchiamo di rispondere a questa domanda.

La Governance e la trasparenza

L'abolizione dei Comitati di Gestione e la nascita del Direttore Generale non ha consentito di allontanare l'eccessivo peso della politica dalla gestione della sanità. In questi 34 anni dalla nascita del SSN la politica non ha saputo o voluto concentrare la propria missione sulla programmazione strategica e sul controllo dei livelli di assistenza erogati alla popolazione, come adempimento dell'art 32 della Costituzione. Ha viceversa esercitato un'azione capillare e invasiva sui livelli gestionali locali allo scopo non di promuoverne la qualità e misurarne l'efficienza e l'appropriatezza, bensì di conseguire rendite di posizione.

È così venuto a mancare lo stimolo necessario a sviluppare la **cultura del dato**, adottare le metodologie di appropriatezza e di efficienza ed infine dare trasparenza ai

risultati conseguiti. Si è così persa l'opportunità di far crescere le capacità degli operatori sanitari a tutti i livelli e di valutare la bontà delle scelte politiche in termini di corretta erogazione delle prestazioni appropriate ai cittadini a costi comparabili.

La politica, non gradendo la trasparenza dei meccanismi di misura del suo operato nel SSN, non ne ha promosso la diffusione così inducendo nei livelli sottostanti comportamenti non orientati a conseguire qualità ed efficienza.

La qualità della *Governance* è da sempre la più rilevante criticità presente nel SSN.

È da qui che dobbiamo partire se vogliamo innescare quel processo di miglioramento sopra indicato che abbia come obiettivo la sostenibilità del sistema.

Il primo passo per migliorare la Governance del Sistema è pertanto garantire la trasparenza dei dati e delle metodologie di misura.

Solo se i cittadini vengono regolarmente informati sulla quantità, qualità e costi delle prestazioni ricevute possono giudicare l'operato dell'azienda sanitaria e dei politici che la governano e potranno tenerne conto al momento del voto.

Il Direttore Generale ed i Primari saranno a loro volta "misurati" in modo obiettivo e meritocratico, a differenza di quanto accade ora, dove è prevalente il rapporto fiduciario con il politico che li nomina.

Ne consegue che la raccolta dei dati e la misura dei risultati non dovrà essere più considerata un "debito informativo" bensì l'indispensabile strumento per la corretta gestione dell'Azienda Sanitaria.

Il Bilancio LEA

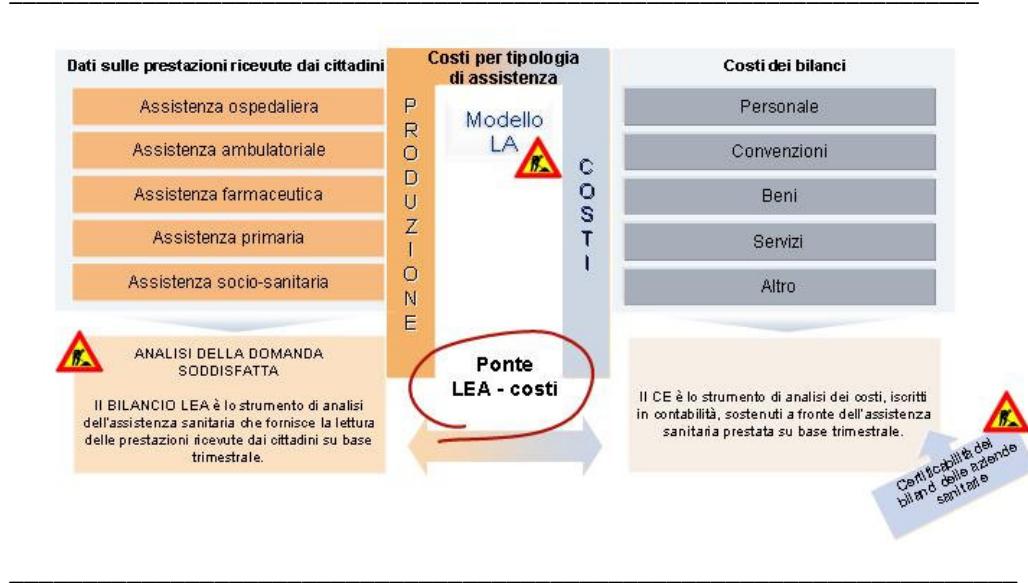
L'azienda sanitaria, che ha il compito di erogare assistenza appropriata ed efficiente, riceve dalla Regione i finanziamenti necessari a sopportare i costi di produzione di tale assistenza.

Pertanto a fronte di una corretta descrizione dei costi, illustrati nei bilanci economici e patrimoniali, deve esservi un analogo documento che descriva compiutamente le prestazioni collegate ed I LEA erogati.

Questo documento, chiamato **bilancio LEA**, è in fase di avanzata elaborazione da parte del Ministero della Salute e si basa sui dati raccolti trimestralmente dalle Regioni nell'ambito del progetto NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario).

Tuttavia l'analisi dei soli bilanci economici, senza la verifica delle corrispondenti voci di produzione, dà una visione molto parziale dell'Azienda Sanitaria perché non consente di misurare la relazione tra la produzione ed i costi. La corretta relazione è illustrata nella Tabella 1.

Tabella 1 – Collegamento tra prestazioni erogate e bilanci dei costi delle Aziende Sanitarie



Questa indica che il bilancio dei LEA prodotti (colonna di sinistra) si rapporta al bilancio dei “costi per natura” destinati alla produzione dei LEA (colonna di destra) tramite il controllo di gestione (ponte LEA-costi). La trave orizzontale (Modello LA – Costi per livello di assistenza) che collega i due pilastri (bilancio LEA e bilancio conto economico, CE) indica che i costi per natura devono essere ribaltati sui livelli e sottolivelli di assistenza (“costi per destinazione”) e da lì sulle prestazioni presenti nel Bilancio LEA. Il Modello LA, che rappresenta questo ribaltamento, è estremamente impreciso non avendo le Aziende sanitarie adottato ad oggi un adeguato controllo di gestione che è previsto fin dalla legge n 502 del 1992. Il costo per prestazione potrà essere calcolato solo dopo che il Modello LA sarà correttamente elaborato dalle Aziende sanitarie; ciò consentirà la definizione del “costo standard per prestazione”.

Il Bisogno

La misura del vero bisogno in sanità è estremamente complessa e, ad oggi, non esiste una metodologia che ci consenta di esprimere con certezza in modo quantitativo. Possiamo solo procedere per approssimazioni successive, accettando di disporre inizialmente di misure grossolane. È comunque indispensabile introdurre questa misura poiché in sanità l’offerta di prestazioni genera quasi automaticamente la domanda delle stesse prestazioni, in una rincorsa che nulla ha a che vedere con il “vero bisogno” della popolazione. Nascono in altre parole le prestazioni inappropriate, dannose per la popolazione e per i bilanci regionali.

Un primo approccio per l'individuazione del bisogno può essere l'utilizzo dello strumento per la misura dell'appropriatezza, già precedentemente citato, nonchè lo studio del Ministero della Salute basato sui dati forniti dalla Regione Friuli-Venezia Giulia. Gli standard adottati in altri Paesi rappresentano inoltre un riferimento importante.

L'Accreditamento

Individuato in prima approssimazione il bisogno vero e quindi le prestazioni necessarie, si procede a dimensionare e localizzare la quantità di strutture ospedaliere e territoriali necessarie a soddisfare tale necessità.

Queste strutture devono poter essere ammesse al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale una volta che siano adempienti rispetto ad un **"cruscotto di controllo"** contenente un numero selezionato di indicatori relativi alla quantità di prestazioni erogate, alla loro qualità (inclusi i PROMS*) ed ai relativi costi. Le strutture che non raggiungono i valori predeterminati degli indicatori del cruscotto devono perdere (o vedere sospeso) l'accreditamento. Anche in questo caso i dati sono indispensabili e la trasparenza fondamentale. Poiché i LEA sono strettamente connessi alle modalità con le quali si applica l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, è necessario che il controllo degli accreditamenti sia delegato ad una Terza Parte Indipendente dal livello regionale e invece connesso con il livello centrale (Ministero della Salute) che è l'unico garante dell'art. 32 della Costituzione, ovvero ad un'**Agenzia Terza Indipendente** che riporti al Ministero della Salute, quale ultimo responsabile della salute. L'Agenzia dovrebbe controllare la corretta applicazione degli adempimenti previsti (vedi sopra) e imporre la perdita dell'accreditamento alle strutture inadempienti sia pubbliche che private. Nel caso in cui la struttura sanitaria pubblica fosse l'unica presente sul territorio si dovrebbe ricorrere al suo Commissariamento.

Partnership Pubblico e Privato

Le Istituzioni sanitarie pubbliche necessitano urgentemente di investimenti per l'ammodernamento delle loro strutture e delle apparecchiature medicali. Gli investimenti fatti non vengono sempre ammortizzati nei bilanci delle Aziende sanitarie

* I PROMS (*Patient-Related Outcome Measures*) sono *outcomes* noti al paziente, in quanto da questi registrati durante il processo di diagnosi e cura. Essi non sono da identificare con il gradimento (che è del tutto soggettivo), ma con l'esperienza oggettiva del paziente (ad esempio gli è stato consigliato dalla struttura sanitaria di smettere di fumare? Quanto tempo è trascorso tra la sua richiesta di servizi e la loro erogazione? Etc.)

per cui non si costituiscono i fondi necessari per il reinvestimento, una volta che strutture e apparecchiature divengano obsolete o non funzionanti.

La *spending review* si sta dimostrando inadeguata a recuperare dalle spese correnti gli investimenti in conto capitale necessari. È allora indispensabile ricorrere a nuove fonti di finanziamento delle infrastrutture, incluse quelle dei privati, come già largamente teorizzato nel DEF del Ministro Tremonti. Alla base della *partnership* tra pubblico e privato deve essere posta la trasparenza dei dati di quantità, qualità e costi delle prestazioni erogate. Solo tramite questi dati è possibile valutare se vi sia un effettivo vantaggio nella collaborazione col privato e se le procedure di appalto al privato siano state correttamente applicate, riducendo così gli episodi di corruzione così frequenti nel mondo sanitario. Per il *Project Financing*, in particolare, vanno messe in campo rigide misure di controllo sia sui contratti, sia sulla ordinaria gestione.

Il Sistema Sanitario e la cronicità

L’Azienda sanitaria locale riceve i finanziamenti dal Fondo Regionale per assistere i propri cittadini residenti, pagando le prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno agli erogatori di servizi sanitari accreditati. Le prestazioni sono ospedaliero o territoriali. Le prime hanno avuto finora un ruolo predominante: la sanità è stata da sempre “centrata” sul presidio ospedaliero. È solo da pochi anni che si cerca di spostare l’obiettivo del sistema sanitario dall’offerta (il presidio erogatore) alla “domanda” (il paziente) e dall’Ospedale al territorio. La forza trainante di questo spostamento è legata alla crescita del numero di pazienti cronici che è in forte aumento poiché è crescente la percentuale di popolazione anziana. Tale popolazione assorbe una larga parte delle prestazioni finanziate dalla ASL, che sono erogate prevalentemente sul territorio. Un ricovero ospedaliero inappropriato è dannoso all’anziano ed è inutilmente costoso.

Le Case della Salute

La ASL deve organizzare il territorio creando una “catena di erogatori” al cui vertice deve essere posta la Casa della Salute, vero e proprio presidio sanitario al quale i pazienti devono rivolgersi in prima istanza, riducendo così drasticamente il ricorso al Pronto Soccorso degli Ospedali.

Le Regioni stanno sperimentando da numerosi anni e senza grande successo questi presidi territoriali; la loro ridotta diffusione è legata a diversi fattori, inclusa la resistenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) o Generalisti, a lasciare i loro studi ed a impostare una Medicina di Gruppo. Per superare questo *impasse* è opportuno che i presidi territoriali siano veri e propri complementi dei presidi ospedalieri, con medici dipendenti, sia specialisti, sia generalisti, offrendo ai medici convenzionati l’opzione di entrare in organico.

I Medici Generalisti

A questo punto è necessario prendere una decisione “forte”: se le Case della Salute sono strategiche per lo sviluppo della sanità sul territorio, i Medici Generalisti devono essere consci che il loro ruolo è fondamentale e devono pertanto aderire a queste nuove Istituzioni. Se non lo fanno, potranno continuare ad operare in regime convenzionale nel loro studio, ma dovranno operare sotto il coordinamento della Casa della Salute e dovranno svolgere i compiti da questa a loro affidati.

Il passaggio è politicamente molto complesso e delicato, ma indispensabile, se si vuole che i cittadini dispongano di una seria alternativa al presidio ospedaliero e si sviluppi una valida assistenza territoriale.

È in ogni caso necessario prevedere che la convenzione con la ASL dei singoli Medici Generalisti sia sottoposta a rinnovo ogni 5 anni, in base a valutazione sistematica di *performance* (quantità, qualità oggettiva e percepita e costi del servizio erogato) ad opera di medici ispettori delle ASL.

È inoltre consigliabile che i Medici Generalisti lavorino part-time nell’ambito degli Ospedali locali ai fini del loro aggiornamento, oggi assai carente.

La Rete Territoriale

La Casa della Salute appartiene ad una rete a decrescente intensità di cura (Ospedali, strutture intermedie, sanità territoriale, domicilio). In particolare per il trattamento dei malati cronici è indispensabile che il paziente dimesso dall’Ospedale sia riaffidato al Medico Generalista, eventualmente con la supervisione dello specialista per quanto riguarda il percorso di diagnosi e cura. Il piano terapeutico individuale del paziente dovrebbe nascere prima della dimissione dalla collaborazione tra specialista e generalista. Un sanitario responsabile (*case manager*) dovrebbe aiutare il paziente a fissare gli appuntamenti programmati ed assisterlo nel cammino previsto dal piano terapeutico. Poiché l’assistenza al cronico necessita anche di prestazioni socio-sanitarie, che devono essere integrate con quelle sanitarie, è opportuno che le Regioni prevedano un solo Assessorato per il sanitario e per il sociale e che le competenze socio-assistenziali del Comune passino alla ASL con relativo finanziamento.

Solo una collaborazione così impostata consente una adeguata gestione globale del paziente cronico, che altrimenti, lasciato a se stesso, va incontro ad un rapido peggioramento della sua patologia.

La Rete Ospedaliera

La rete ospedaliera deve essere “gerarchizzata”: Ospedali locali a bassa intensità di cura e Ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, strategicamente distribuiti sul territorio in misura ottimale, né carente, né eccessiva.

L’Ospedale è una azienda molto speciale nella quale il riferimento del paziente è il medico e non certo il Direttore Generale.

Quest’ultimo deve essere un buon *manager*, che capisca fino in fondo la sanità ed i suoi valori, operando al servizio dei malati e del personale sanitario, con spirito di collaborazione.

I Medici Ospedalieri

I medici, se da un lato devono essere considerati professionisti da coinvolgere nelle scelte strategiche, offrendo loro la delega al Governo clinico, dall’altro devono essere consapevoli che l’oculata gestione delle risorse è un dovere ed un obiettivo primario. Il Direttore Generale potrebbe così delegare i poteri e le responsabilità della gestione dei Dipartimenti ai Capi Dipartimento (o ai Primari), i quali, supportati da amministrativi esperti nel controllo di gestione, potrebbero finalmente implementare 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). Avendo adottato questa impostazione di governo sanitario si potrebbe investire con successo nella ricerca sanitaria, ossia quella ricerca che si propone di trovare le forme migliorative per organizzare e gestire l’erogazione dei servizi sanitari centrati sul paziente.

La sostenibilità del servizio sanitario

È urgente individuare ed applicare soluzioni che rendano sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale in modo da evitare i tagli lineari cui stiamo assistendo. Senza voler essere ottimisti a tutti i costi, si ritiene che vi siano gli estremi per affermare che il sistema è sostenibile con le attuali risorse.

Per dare contenuti a questa affermazione, si prenda ad esempio una Regione che è considerata quella con i conti migliori: la Lombardia.

- La Lombardia è una Regione con 9,5 milioni di assistiti (più quelli provenienti da altre Regioni, per ricoveri ospedalieri): rappresenta quindi per la dimensione della popolazione un ottimo riferimento sul quale misurare i fondamentali indicatori che sono stati spesso citati (quantità, qualità, costo).
- In Lombardia è presente un non trascurabile livello di inappropriatezza dei ricoveri legati al numero elevato di presidi di ricovero e cura: nell’area dell’acuzie cardiochirurgie, chirurgie toraciche, chirurgie vascolari, neurochirurgie, emodinamiche, punti nascita, nell’area riabilitazione un numero molto elevato di letti, nell’area anziani un eccesso di RSA. Tale eccesso

di offerta di posti letto, abbinato all'inappropriatezza delle prestazioni ambulatoriali, genera un livello di costi per prestazioni inappropriate non inferiore al 10% della spesa sanitaria totale. Si ritiene che tale dato sia conservativo poiché, per la sola area delle acuzie vi sono 4 cardiochirurgie (su 20) che non raggiungono almeno 300 interventi all'anno in circolazione extracorporea, 2 chirurgie toraciche (su 14) che non raggiungono almeno 200 interventi all'anno, 11 chirurgie vascolari (su 36) che non raggiungono almeno 200 interventi (al netto delle varici venose degli arti inferiori), 5 neurochirurgie (su 23) che non raggiungono almeno 200 interventi, 22-23 emodinamiche (su 65) che non raggiungono almeno 250 angioplastiche all'anno. Inoltre i posti letto per Riabilitazione e per RSA eccedono largamente quelli presenti in altre Regioni considerate di alto profilo (Regioni *benchmark*). Con una corretta programmazione tale spreco potrebbe essere abolito.

- Gli Ospedali non hanno sviluppato procedure per il miglioramento della *performance* dei loro Reparti con le quali conseguire la riduzione dei costi, a parità di prestazioni erogate.

L'analisi della "performance produttiva" peraltro dovrebbe essere attuata non solo negli Ospedali, ma anche nella sanità territoriale. Come già detto, purtroppo pochissime Aziende sanitarie hanno adottato un capillare controllo di gestione, nonostante questo sia stata imposto per legge più di venti anni fa.

L'applicazione di tali metodologie, se fosse attuata in modo sistematico, potrebbe portare ad una contrazione dei costi non inferiore al 5%.

- Il finanziamento per la sanità è pari, o poco meno, all'80% del finanziamento complessivo regionale, ma è necessario porre attenzione a tutte quelle spese non strettamente sanitarie che afferiscono al bilancio della sanità. Oltre a ciò gli scandali e le corruzioni emersi in questi anni appaiono essere, se dimostrati, di rilevante entità. Una impostazione trasparente dei dati sanitari, contribuirebbe a ridurre, se non ad annullare, queste pratiche non compatibili con una corretta gestione del pubblico denaro.

Per quanto sopra descritto ci si aspetterebbe un bilancio in passivo della Sanità Lombarda: così non è. **Il bilancio della Regione è in pareggio**, almeno secondo quanto risulta dai dati di contabilità regionale

Pertanto prima di pensare a radicali riforme finanziarie del SSN, suggeriamo di provare a gestire le Istituzioni con trasparenza e nell'interesse dei pazienti; si decida solo a posteriori se sia necessario ricercare altre forme di finanziamento, che sarebbero

comunque male utilizzate in un contesto quale è quello attuale e che si scaricherebbero probabilmente sui cittadini già troppo provati dalla crisi economica.

PARTE II – IL DUALISMO OSPEDALE E TERRITORIO IN SANITÀ: SOLUZIONI

La sanità italiana è stata sempre centrata sull’Ospedale, lasciando al territorio un ruolo marginale. Ciò è comprensibile se si considera che nell’ospedale si sono concentrate molteplici specialità, tecnologie sempre più avanzate per la diagnosi e la cura, scuole di medicina e conoscenze avanzate. Il pubblico quindi ancora oggi identifica l’ospedale con la possibilità di cure migliori e più spesso sottovaluta la sanità territoriale, ossia i medici generalisti e gli ambulatori territoriali. A ciò ha contribuito anche l’isolamento e l’impoverimento culturale e tecnologico del medico generalista, che più spesso opera da solo, senza sussidi diagnostici, senza un efficace aggiornamento professionale e si sente quindi esposto al rischio di sbagliare e di essere coinvolto in procedimenti di responsabilità. Anche gli sforzi compiuti negli anni più recenti non hanno sortito miglioramenti significativi. Vi è anche l’anomala posizione contrattuale dei Generalisti, che non sono dipendenti del servizio sanitario nazionale, ma con esso convenzionati; peraltro con una convenzione non proprio di tipo privatistico ma piuttosto impostata in modo da assimilarsi al massimo con un contratto di tipo pubblico. La stessa cosa vale per gli specialisti territoriali, per i cosiddetti pediatri di libera scelta e per i medici della continuità assistenziale, ossia quelli che sostituiscono i Generalisti nei giorni festivi e prefestivi, nelle notti e in caso di urgenza domiciliare. Nessuno di questi medici è sottoposto a verifica sul suo operato e sul suo aggiornamento professionale, cosicché molti di essi si sono progressivamente isolati e limitati a compiere attività di prevalente tipo amministrativo anziché clinico. La mancanza di un lavoro di squadra con altri professionisti della sanità, medici e non medici, ha ulteriormente aggravato la situazione e contribuito a rendere marginale il ruolo della medicina territoriale.

Tutto ciò spiega anche per quale motivo la popolazione si oppone duramente alla chiusura di Ospedali, anche se piccoli e poco qualificati: viene meno infatti l’unico punto di riferimento per i suoi problemi di salute. Questo stato di cose è divenuto particolarmente grave negli anni più recenti in rapporto sia al rapido incremento della tecnologia medica e dei suoi alti costi, sia alla crescente prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili, che ha largamente superato quella delle malattie trasmissibili, ossia le malattie che giustificano trattamenti acuti ma di durata limitata. Le malattie croniche non hanno per lo più bisogno di ricovero ospedaliero (tranne in momenti di acuzie), ma di un monitoraggio e un’organizzazione dei controlli e degli aggiustamenti terapeutici che consentano di ridurre l’inevitabile aggravamento negli anni.

La disabilità che consegue alle malattie croniche va meglio seguita in ambulatorio o al domicilio del paziente (sia esso individuale o collettivo), necessita non solo di interventi medici ma anche sanitari non medici (di infermieri, fisioterapisti, farmacisti clinici, assistenti sanitari e personale adibito alla cura della persona e della casa), necessita di un medico olista (più spesso un Generalista o un geriatra) e non di singoli specialisti concentrati su un solo aspetto della patologia, giacché i pazienti sono spesso affetti da molteplici patologie e manifestano necessità che variano nel tempo (dall'ospedale per l'acuzie alle strutture intermedie di riabilitazione e lungodegenza, all'ambulatorio, al domicilio individuale o collettivo) e quindi di un percorso che si snoda in una rete di servizi sanitari che deve essere guidato da mano esperta e che genera informazioni sanitarie in ogni punto della rete, che vanno raccolte, organizzate e conservate nella cartella personale del paziente, presentate in modo da facilitare al medico la comprensione dei fenomeni clinici che si sviluppano, così da consentirgli interventi precoci capaci di minimizzare i danni dell'aggravamento. Idealmente, quindi, una cartella elettronica capace di intercettare i dati ovunque questi vengano generati, di elaborali e di presentarli in maniera sintetica e chiara, affiancando possibilmente automatici suggerimenti di intervento derivati dalle linee guida validate dalla comunità scientifica. Siamo lontani in Italia da questi obiettivi, ma proprio gli alti costi e la scarsa qualità legati al mancato intervento sulle malattie croniche e sulla conseguente disabilità che abbiamo sin qui adombrato, ai disservizi che nascono dalla incomunicabilità fra Ospedale e territorio (situazione cosiddetta dei *silos*), alla mancanza di una rete integrata dei servizi di diagnosi e cura di diversa intensità, alla mancanza di una cartella clinica unica, all'assenza di un sistema di monitoraggio continuo dei pazienti cronici, ai danni alla salute di questi ultimi quando vengono dimessi dall'Ospedale per la mancanza di un'organizzazione territoriale che li prenda in carico, onde prevenire recidive e quindi nuovi ricoveri e conseguenti altri costi: tutto questo rende urgente ripensare l'organizzazione della sanità territoriale e dei suoi rapporti con le strutture di ricovero.

Pensiamo che la prima mossa che potrebbe essere fatta per migliorare la situazione potrebbe essere l'implementazione della ***Casa della salute*** (un tempo Unità Territoriale di Assistenza Primaria, UTAP). E' questa una struttura sanitaria territoriale che nasce negli USA e che ha il compito principale di organizzare la prevenzione e la cura della cronicità, come strumento principale del modello di *chronic disease management*. Essa è gestita da un medico Generalista con funzione e qualifica di Primario che, con i dovuti supporti amministrativo-gestionali, organizza e guida una squadra composta da altri medici olisti, medici specialisti dell'ospedale locale, infermieri, fisioterapisti, farmacisti clinici, personale di assistenza alla persona e alla casa, e dotata di servizi sanitari sia pur minimi ma oggi indispensabili, come l'ecografia, la cardiologia, il laboratorio di ematochimica *a secco*. Riteniamo che il personale della ***Casa della salute*** debba essere assunto con un *contratto di lavoro identico a quello del personale ospedaliero*, così da configurare un'organizzazione che ricorda quella di una

Accountable Care Organization (ACO) quale è quella della Kaiser-Permanente in USA, ove gli obiettivi di tutto il personale, sia delle strutture di ricovero sia del territorio, sono comuni, con comuni retribuzioni che prevedono, oltre ad una quota fissa forfettaria per caso trattato, quote variabili legate rispettivamente agli indicatori di salute della popolazione servita e agli esiti dei PROMS (Patient-Related Outcome Measures), intesi non tanto come gradimento del paziente ma come indicatori di elementi oggettivi che solo il paziente conosce (ad esempio: in occasione della sua ultima richiesta di consultazione, quanto ha dovuto attendere per avere la prestazione? Il medico le ha prescritto la vaccinazione antinfluenzale? Le ha suggerito di smettere di fumare, se fumatore? Ha fatto un'indagine sulle sue abitudini alimentari, sull'assunzione di alcolici, sul suo stato dell'umore, ecc.).

Presso la *Casa della salute* viene innanzitutto costruito e gestito il *registro delle malattie croniche più comuni* (cardiopatie, ipertensione, diabete, tumori) così da poter attivare un *monitoraggio attivo* dei pazienti registrati, con convocazioni per le indagini di laboratorio e per quelle cliniche. Monitoraggio attivo però significa innanzitutto che ogni gruppo di pazienti viene seguito da un **case-manager** secondo protocolli prestabiliti cosicché questi diviene il coordinatore e il referente di ognuno dei pazienti, ne rileva attivamente le necessità socio-sanitarie e le trasmette al medico e ad altri pertinenti componenti della squadra, quali ad esempio: il **farmacista clinico** che deve farsi carico della continua valutazione della *compliance* del paziente alle terapie farmacologiche prescritte e dei loro eventuali eventi avversi, così da prevenire le tanto frequenti complicazioni da farmaci nelle multi morbilità degli anziani, specie se compromessi anche dal punto di vista cognitivo. Nella *Casa della salute* deve trovare luogo anche la *Valutazione Multidimensionale* dell'anziano che consente poi la programmazione degli interventi socio-sanitari e la costruzione dei percorsi assistenziali personalizzati per i pazienti.

Il Medico Generalista che opera da solo e che vuole continuare nello stato di convenzionato può proseguire nella sua attività ma operando secondo le direttive della *Casa della salute* e occupandosi prevalentemente di vigilare sui singoli pazienti per alcune funzioni cliniche, quali monitoraggio degli ipertesi, dei cardiopatici, dei diabetici. Egli deve comunque frequentare la *Casa della salute* e l'Ospedale locale al fine di rimanere inserito e aggiornato ed essere valutato dal primario generalista.

Il modello più sopra disegnato dovrebbe *rientrare in una sperimentazione gestionale* di tipo dimostrativo e quindi operare in deroga alle leggi vigenti per aspetti ben definiti, quali i contratti di lavoro, le retribuzioni, le modalità operative della rete, i rapporti ospedale locale - Casa della salute - medico generalista – strutture intermedie - domicilio individuale o collettivo del paziente. Particolare attenzione andrà posta all'inizio della sperimentazione dimostrativa nel sostenere e motivare gli operatori sanitari. Sarebbe importante anche una *posizione accademica per i Generalisti apicali* sia come strumento di motivazione che di ricerca sanitaria (cioè quella organizzativo-

gestionale e clinica) che di *Continuous Professional Development* (CPD) di tutto il personale.

Vedremmo molto bene che la *Casa della salute operasse vicino o nel contesto dell'ospedale locale*, che doteremmo preferenzialmente di reparti di medicina geriatrica, di chirurgia, di pediatria, di neonatologia e di ostetricia per casi non complessi, rimandando per tutte le patologie più impegnative ad ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, superspecialistici, distribuiti strategicamente nel territorio regionale collegati con gli ospedali locali e relative reti. Nell'Ospedale locale dovrebbe trovar posto anche un *punto di primo soccorso gestito da personale comandato dal DEA di riferimento e con questo collegato in telemedicina e con un trasporto anche aereo molto efficiente*. Ogni rete potrebbe rappresentare una singola azienda sanitaria (Azienda-Rete Sanitaria, ARS)* ed essere associata con altre simili aziende a costituire una ASL (vedi anche più oltre Parte VI, art. 6, pagg. 20-21).

La *Casa della salute* dovrebbe assorbire anche compiti e risorse oggi in capo alle amministrazioni *comunali per l'assistenza sociale*, nonché finanziamenti privati (Assicurazioni, aziende, ecc.) per svolgere servizi pertinenti.

Va inoltre attivato un sistema di aggiornamento continuo del personale sul modello del CPD e comprensivo di rivalutazione sul modello inglese, a difesa della salute dei cittadini, del buon nome del personale e del servizio sanitario nazionale, e a prevenzione dei crescenti contenziosi legali e dei loro costi.

Riteniamo infine che tutta la sanità, ma in particolare queste nuove aziende – reti, debba essere assoggettata ad un efficiente sistema di controlli anche tramite *ispettori da parte di un'Agenzia terza indipendente* e basato su indicatori di qualità, sicurezza, quantità e costo e che i risultati debbano essere pubblicizzati e resi comprensibili ai cittadini, così da non perdere il controllo sociale sui servizi sanitari.

Per sottrarre la sanità *all'invasività della politica si potrebbe sperimentare una vera autonomia amministrativa e gestionale delle ASL*, governate da un Consiglio di

* L'Azienda-Rete dei Servizi Sanitari diverrebbe analoga ad una forma di *Accountable Care Organization* (ACO) prevista dalla recente riforma sanitaria USA e già attuata da alcune organizzazioni, quali la *Kaiser-Permanente*. In USA la riforma della sanità contempla 3 aree: 1) copertura dei costi (assicurativi); 2) il pagamento di coloro che erogano servizi; 3) la cultura della medicina. Il primo punto è stato coperto con l'*ACA (Affordable Care Act)* del 2010. Il secondo punto contempla 2 innovazioni: il pagamento per ciclo di cura e non per prestazione e l'*ACO*, ossia l'integrazione tra i diversi silos sanitari (ad esempio una organizzazione che riunisce Ospedali e medici territoriali) per promuovere la responsabilità di ogni settore a lavorare insieme per il paziente, cioè per cambiare il modo di fare sanità, anche sul modello della *Kaiser-Permanente*. Ciò significa innanzitutto che i medici devono capire le regole dell'organizzazione. E ciò vuol dire *leadership*, buoni rapporti con il paziente e con i colleghi, rispetto dell'Azienda Sanitaria-Rete. Ogni componente deve essere motivato a investire negli altri, a perseguire il valore collettivo delle cure e non solo il proprio, a lavorare con gli altri medici, a servire bene il paziente, che deve essere soddisfatto non solo dal medico, ma anche dall'organizzazione che lo assiste. Questa deve farsi carico di evitargli per quanto possibile di dover ricorrere al Pronto Soccorso, di avere danni da farmaci, ma anche di coinvolgerlo nelle cure, di essergli vicino umanamente in ogni momento. Le ACO dovranno competere sia per i pazienti, sia per i medici migliori, dovranno curare l'aggiornamento dei medici, valorizzarne le doti comportamentali, educare il personale ad appartenere all'organizzazione, proteggerlo dalle azioni legali di rivalsa. (Song S, Lee Th. *The era of delivery system reform begins*. JAMA **309**, 35-36, 2013).

Indirizzo e Controllo e gestite da un Direttore Generale nominato da detto Consiglio, attingendo all'Albo nazionale costituito da esperti iscritti dopo valutazione dei relativi titoli e *curricula*, con facoltà di scegliere fra i primi della graduatoria dell'Albo. Alla Regione rimarrebbe così il suo più proprio ruolo *costituzionale* di *redigere il Piano sanitario regionale, di finanziare le strutture accreditate e di controllare l'operato delle ASL e delle aziende ospedaliere verificandone la coerenza con gli obiettivi di Piano*. In una parola evitando che la regione intervenga direttamente nella gestione spicciola della sanità che continua a generare guasti morali e materiali.

PARTE III — FUORI LA POLITICA DALLA SANITÀ

Un'incredibile serie di scandali ha recentemente richiamato l'attenzione degli Italiani sulla sanità. Episodi di malasanità, incriminazioni a catena, arresti, faccendieri, imprenditori e politici collusi hanno dato agli Italiani la sensazione che la sanità non funziona bene.

A fronte di queste notizie i cittadini vedono Ospedali in affanno, lunghe liste d'attesa, ticket esosi, servizi sanitari disuniformi e spesso poco efficienti. Cosa sta succedendo? E' presto detto: la politica è troppo presente nella sanità. Come è noto, la sanità con la modifica del titolo V della Costituzione è divenuta competenza pressoché esclusiva delle Regioni; alcuni politici regionali non hanno tardato a capire che si trattava di un piatto ricco di cui ci si poteva servire. Badate bene: la sanità costituisce quasi l'80% del bilancio regionale e la spesa complessiva per la sanità italiana si aggira sui 110 miliardi di Euro l'anno. L'impianto di potere che la politica ha messo a punto è semplice: la Giunta Regionale nomina i Direttori Generali delle ASL e degli Ospedali pubblici tra persone "amiche" e queste, a loro volta, assumono personale "amico" e assegnano commesse agli "amici". Una catena di potere che si rafforza ulteriormente se si considera che la stessa Giunta Regionale accredita gli erogatori privati di servizi sanitari ovvero decide chi di loro deve essere ammesso a fornire servizi sanitari per la Regione a spese di quest'ultima. La Regione quindi ha tutti i poteri: decide a chi dà i soldi, decide quanti ne dà e gestisce con personale "amico" una larga parte delle strutture sanitarie, basando le scelte su criteri diversi dal merito e dalla capacità.

Questa enorme rete di potere non corre nemmeno il rischio di interferenze esterne, giacché le Regioni non sono assoggettate a controlli stringenti sul loro operato, ad eccezione di alcune verifiche sui bilanci da parte del Ministero del Tesoro e della Corte

dei Conti. E' quindi facilmente comprensibile che in questa autonomia la politica regionale trovi ampi spazi di libertà legali ed illegali.

Alla luce di tutto ciò, dobbiamo modificare questo stato di cose e far sì che la politica non possa più interferire nella gestione spicciola dei servizi sanitari. Questa cosa stiamo invano cercando di sottolinearla da diversi anni (vedi ad esempio il blog www.girolamosirchia.org), ma adesso sembra che finalmente le cose stiano cambiando. La pesante azione della Magistratura, ma soprattutto il recente risponso elettorale ci fanno sperare che la politica, cui siamo abituati, venga finalmente ridimensionata. L'affermazione del Movimento 5 Stelle e l'ira popolare verso chi ci *spreme come limoni* per continuare a mantenere i privilegi e gli sprechi della politica e degli altri potentati italiani sono segni inequivocabili. Proponiamo che si cominci a cambiare dalla sanità e, a questo scopo, suggeriamo fra l'altro le seguenti modifiche, rimandando anche al successivo paragrafo "La nuova sanità regionale":

- 1) l'autonomia regionale va meglio definita. Le Regioni dovrebbero *rispettare le leggi quadro del governo centrale* onde evitare in particolare che le disparità tra area ed area del Paese continuino ad essere troppo marcate e creino disparità di trattamento lesive dei diritti dei cittadini. In particolare esse dovrebbero rispettare *standard di quantità, qualità e costo dei servizi sanitari erogati, come prescritto dall'art. 169 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 (legge finanziaria per il 2005), definiti e controllati dallo Stato* attraverso un'Agenzia terza indipendente, che riporta al Ministero della Salute e che dovrebbe anche rendere pubblici e comprensibili i dati e le eventuali azioni correttive suggerite;
- 2) le Regioni hanno il compito di accreditare e finanziare quegli erogatori di servizi sanitari (Ospedali, ASL, ambulatori, ecc.) che rispondono a determinati criteri di qualità ed efficienza (definiti da un'Agenzia terza indipendente, che verifica questi requisiti nel tempo), nel numero necessario a soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione; numero che non deve essere insufficiente, ma nemmeno troppo elevato giacché è noto che in sanità l'eccesso di offerta determina un eccesso di domanda e di spesa;
- 3) le Regioni non devono entrare nella gestione quotidiana e spicciola dei servizi sanitari, che deve essere compito di Direttori Generali esperti del settore, iscritti ad *Albo nazionale* dopo esami di competenza e valutazione dei titoli. Questi Direttori inoltre devono rispondere del loro operato e devono essere premiati o penalizzati in base ai risultati conseguiti;
- 4) gli amministratori delle ASL e delle Aziende Ospedaliere non sono i padroni delle Aziende stesse, ma solo il supporto organizzativo e gestionale del *personale sanitario*, che è l'unico interlocutore dei malati e che, in questa veste, va valorizzato, motivato e rispettato, *non emarginato* come ora accade,

- spesso senza essere nemmeno consultato sulle scelte sanitarie (organizzazione dei servizi, scelta del personale, scelta dei farmaci, dei presidi medico-chirurgici, dei reagenti, ecc.) oggi effettuate dalle Amministrazioni aziendali;
- 5) le Aziende sanitarie hanno il compito primario di accogliere e curare i malati e questa loro missione non va sacrificata sull'altare dell'economicismo. E' con la buona organizzazione e gestione, con l'aggiornamento e la motivazione del personale, con la qualità e la trasparenza, con il taglio degli sprechi che si può risparmiare in sanità, ma soprattutto con la estromissione della politica che di questi sprechi è causa preminente.

Crediamo che la sanità italiana possa essere molto migliorata se si ha davvero interesse a migliorarla, come hanno interesse tutti i cittadini onesti e di buon senso. L'invito che rivolgiamo a tutti questi e a noi stessi è di accingerci a questo compito senza indugi, anche se le resistenze non mancheranno e molti interessi esistenti si schiereranno contro di noi.

PARTE IV – LA NUOVA SANITÀ REGIONALE

Alla luce della situazione economica e politica attuale, e della sfiducia e rancore della popolazione verso le Istituzioni politiche, crediamo che chi si propone a governare debba chiedersi se non sia ora di cambiare paradigma e di impegnarsi non in vane promesse, ma in alcuni **aspetti etici** prima che tecnici. Per la sanità regionale:

1. ridurre l'invasività della politica nella sanità
2. centrare la sanità sul paziente e non sul potere politico
3. basare la gestione su principi etici, sulla trasparenza, sulla pubblicazione di tutti i dati, sul controllo di parte terza
4. usare l'accreditamento per finalità tecniche e non politiche o d'affari.

Per la **parte tecnica** raccomandiamo:

1. un *Comitato tecnico-scientifico permanente* ed indipendente che possa conoscere l'esistente in Italia e all'estero, proporre miglioramenti continui a piccoli passi, sperimentarli, valutarli, farli ben comprendere a tutti gli operatori e al pubblico prima di implementarli su larga scala, impostare e guidare la ricerca sanitaria per definire i modi migliori di organizzare e gestire i servizi sanitari;
2. avviare e sostenere la misura di *quantità, qualità e costo dei servizi erogati dai vari providers* e accreditare solo quelli migliori nella misura minima sufficiente a soddisfare i reali bisogni sanitari dei cittadini (ottimizzazione dei servizi);

- sappiamo che debbono essere evitati sia la carenza che l'eccesso di prestazioni (giacchè in sanità l'offerta genera domanda);
3. misurare i PROMS (*Patient-Related Outcomes Measures*), inclusi i reclami, applicando le misure correttive conseguenti;
 4. valorizzare e motivare il personale sanitario con tutti i mezzi possibili (*Continuous Professional Development*, ricerca, didattica, condivisione delle scelte, delega di poteri, incentivi di merito e monetari, internazionalizzazione tramite scambi e collaborazioni, ecc.);
 5. ripensare la medicina territoriale, e in particolare valorizzarla, integrarla con l'Ospedale specie per la cura della cronicità e il post dimissione. Involgere il Medico Generalista nella ricerca, nell'insegnamento, nell'aggiornamento insieme all'ospedaliero;
 6. trasformare la ASL in un insieme di *reti integrate a variabile intensità di cura*, che possano anche competere tra loro per valore delle cure. Gerarchizzare gli Ospedali in Ospedali di riferimento ad alta intensità di cura e Ospedali locali ad intensità di cura medio-bassa;
 7. tenere sotto continuo controllo ogni settore della sanità, anche con ispettori ben preparati, e allontanare i trasgressori;

PARTE V – PERCHÉ DOBBIAMO POTENZIARE LA SALUTE PUBBLICA

Il 20° secolo è stato peculiare anche per la nascita e lo sviluppo di una nuova formula di politica industriale e commerciale che continua tuttora e che influisce in modo assai significativo non solo sulla commercializzazione di alcuni prodotti, ma anche sulla salute pubblica. Si tratta di Aziende Multinazionali che con tecniche assai simili hanno imposto in tutto il mondo i loro prodotti, sfruttando tre strategie: distribuzione capillare (ampia disponibilità), prezzi bassi, *marketing* innovativo e martellante. Basti citare la Coca Cola, le Multinazionali del tabacco, e la Mc Donald e similari per comprendere appieno il modello di cui parliamo. Queste Aziende traggono grande profitto dagli enormi volumi di vendita dei loro prodotti, indifferenti al fatto che questi ultimi si siano rivelati una vera e propria calamità per la salute pubblica. Basti dire che il fumo di tabacco in Italia provoca circa 70.000 morti l'anno per tumore (specie del polmone) e malattie cardiovascolari e ogni fumatore costa alla società almeno 3 Euro al giorno in spese sanitarie e giornate di lavoro perdute. Per le bibite zuccherate e per i vari tipi di *burger* e pizze, i volumi delle porzioni sono progressivamente cresciuti a prezzi inalterati. Ed essi oggi sono ritenuti i maggiori responsabili dell'epidemia di

obesità (soprattutto infantile) e di diabete di tipo 2. L'enorme quantità di carne necessaria a sostenere queste produzioni ha comportato danni ambientali rilevanti: gli allevamenti bovini si sono moltiplicati e con essi la produzione di CO₂ che deriva dai rifiuti originati e dalla grande estensione di suolo che deve essere adibita alla cultura di mais per l'alimentazione animale, a scapito del verde.

Malgrado gli ingenti danni che queste Multinazionali provocano alla salute pubblica, il contrasto dei Governi alle loro strategie è stato ed è molto debole. Ciò è dovuto a tre strategie messe in atto dalle Multinazionali:

- 1) forte azione di pressione sui mezzi di comunicazione, partiti, Governi, Università, etc. con elargizioni di grandi quantità di risorse;
- 2) creazione di modelli sociali che sfruttano il conformismo degli esseri umani per far credere che il consumo dei loro prodotti è sinonimo di benessere, partecipazione, socializzazione, trend, positività, modernità, personalità, ma soprattutto che i loro prodotti sono beni che tutti usano in quanto attività normali e positive della vita quotidiana. Queste Multinazionali hanno cambiato le tecniche di comunicazione pubblicitaria con modalità che vengono portate ad esempio per la loro efficacia e che vengono sostenute da immense quantità di denaro;
- 3) le Multinazionali suddette vantano un corpo di avvocati esperti che ha finora reso vani molti tentativi di rivalsa che i Governi o i cittadini hanno avanzato per i danni ricevuti. Solo recentissimamente per la prima volta il Governo australiano ha battuto in giudizio le Multinazionali del tabacco su un provvedimento che ne limita la pubblicità del marchio (che non potrà più apparire sui pacchetti di sigarette).

Alla luce di tutto questo noi crediamo che chi è consapevole dei pericoli di questa invasione di prodotti dannosi nei confronti soprattutto dei giovani e dei giovanissimi, ha il dovere morale di adoperarsi per ridurre il danno se non per abolirlo. Tutto concorre oggi a fare aumentare la potenza di questi colossi multinazionali: i grandi profitti, le debolezze dei Governi e dei mezzi di informazione, il conformismo degli esseri umani, la loro scarsa consapevolezza. Se chi può, oggi non si impegna a tutelare la salute pubblica e ad esercitare una forte pressione sociale in sua difesa, avremo generazioni sempre più malate e costi sociali insostenibili. Lo Stato ha quindi il dovere e la convenienza di investire nel *marketing sociale* per educare la popolazione a difendersi dal *marketing commerciale* e a proteggere la propria salute con stili di vita salutari.

PARTE VI – CONTENUTI DI UNO O PIÙ DISEGNI DI LEGGE

1. Il Ministero della Salute, tramite un’Agenzia Terza indipendente, in collaborazione con gli Uffici di Epidemiologia e Statistica delle Regioni raccoglie i dati di quantità, qualità e costi dei servizi sanitari erogati dalle Regioni, utilizzando anche propri ispettori che verificano sul campo gli erogatori di servizi sanitari. L’Agenzia Terza indipendente analizza i dati, effettua il *benchmarking* tra le diverse aree del Paese e propone le eventuali misure correttive e i provvedimenti di sospensione o cancellazione dell’accreditamento per gli erogatori pubblici e privati che non soddisfano i requisiti stabiliti dal Ministero della Salute, sentite le singole Regioni.
2. Le Regioni istituiscono le Case della Salute, strutture di assistenza sociosanitaria territoriale, i cui compiti sono prevalentemente, ma non solo, la cura dei pazienti cronici. I compiti e l’organizzazione delle Case della Salute sono specificate in appositi provvedimenti del Ministero della Salute. Tutto il personale operante nella Casa della Salute (medici generalisti, medici specialisti, infermieri, farmacista clinico, riabilitatori, assistenti sanitari e sociali) è dipendente del Servizio Sanitario Nazionale. Ai generalisti convenzionati, agli specialisti esterni, ai pediatri di libera scelta e ai medici della continuità assistenziale viene offerta l’opzione di divenire dipendente del Servizio Sanitario Nazionale. Se così non ritengono di fare, possono continuare ad operare in convenzione nel loro studio o in altre strutture territoriali, ma secondo le direttive della Casa della Salute che fissa i loro compiti e adempimenti.

La Casa della Salute è retta da un Primario Generalista con funzioni di Capo Dipartimento, assistito da personale sanitario e amministrativo.

La Casa della Salute opera in regime sperimentale per 3 anni, in deroga alle leggi vigenti. Al termine di questo periodo il Ministero della Salute e la Regione interessata effettueranno una valutazione di efficienza, efficacia e costi della Casa della Salute per un eventuale trasferimento di esperienza su più larga scala. La vigilanza sulla ricerca in questione sarà effettuata dall’Agenzia Terza con la Regione interessata.

3. La Casa della Salute è il nodo di una rete di erogatori di servizi sociosanitari composto anche da Ospedale locale, strutture intermedie, medici territoriali, domicilio individuale o collettivo del paziente. Il paziente si muove nella rete in base ad un piano terapeutico disegnato dall’Unità di valutazione multidimensionale della Casa della Salute e/o dell’Ospedale al momento della dimissione, gestito da un *case manager* (preferibilmente giovane medico o

sanitario non medico) e con una cartella clinica capace di intercettare, conservare e analizzare tutti i dati del paziente nelle varie fasi di malattia (cartella elettronica). La rete viene eretta ad Azienda-Rete dei servizi sociosanitari (ARS). In una ASL possono operare più ARS ed in tal caso esse dovranno competere per i pazienti e per assicurarsi il personale migliore.

4. Gli Ospedali sono gerarchizzati in Ospedale locale (quello del precedente articolo facente parte dell'ARS) a prevalente impronta olistica e geriatrica (o pediatrica), dotato di Reparti di Medicina, Chirurgia, Pediatria e Ostetricia, e riservato ai casi non complicati. E' previsto un punto di primo soccorso che dipende funzionalmente dal DEA di riferimento con personale da quest'ultimo distaccato. L'Ospedale locale è collegato con trasporti veloci e telemedicina a Ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, che sono eretti a Fondazioni di diritto privato, autonomi. Tutto il personale dell'ARS ha un unico contratto di lavoro (distinto in contratto dei medici e del personale non medico) ed è composto da una quota fissa e una quota variabile di almeno il 30% legata ai risultati. L'Ospedale di riferimento ha personale dipendente e consulente, con stipendio basato su una quota fissa e una variabile di risultato e di merito, legata alla quantità, qualità e costi dei servizi erogati. Lo stipendio di questo personale è di almeno il 30% superiore a quello dell'ARS.
5. Gli Ospedali di riferimento, sia generali, che specialistici, deputati a trattare la patologia complessa a maggiore intensità di cura, sono collocati strategicamente nel territorio. A questo tipo di Ospedale dovrebbero competere istituzionalmente anche la ricerca clinica e quella sanitaria, nonché la didattica per l'ultimo triennio di medicina e la specializzazione, in accordo con l'Università. Sarebbe logico che i Direttori di Cattedra delle discipline cliniche fossero Professori Universitari di I fascia con il compito di insegnare e coordinare l'attività didattica e di ricerca sanitaria e clinica di Professori Associati scelti tra i Primari Ospedalieri e assegnatari di un contratto annuale rinnovabile. Si potrebbe in tal modo porre fine al tanto dannoso dualismo tra Universitari e Ospedalieri: agli Universitari la cattedra di insegnamento, la direzione delle attività di ricerca e didattica e delle Scuole di Specialità, agli Ospedalieri il Reparto Ospedaliero. Due carriere diverse, due afferenze diverse, ma pari dignità senza interferenze nocive, iniquità, conflitti. Anche la ricerca ne sarebbe avvantaggiata: quella biomedica all'Università (anche in collaborazione con gli Ospedali), quella clinica e sanitaria alla sanità.
6. Ogni ASL o Fondazione Ospedaliera (Ospedale di riferimento) è autonoma ed è retta da un Consiglio di Indirizzo e Controllo composto da 3 componenti:
 - 1 nominato nel suo seno dall'Associazione dei benefattori che ogni azienda è tenuta a promuovere e ospitare gratuitamente;

- 1 nominato dalla Giunta regionale tra professionisti esperti (Associazioni di Imprenditori, Ordine dei Commercialisti);
- 1 medico facente parte del Comitato di Direzione dell’Azienda.

Il benefattore assume il compito di Presidente. Se non nominato, provvede il Comune (o Consorzio dei Comuni) attingendo a professionisti esperti appartenenti ad Associazioni di Imprenditori, Ordine dei Commercialisti, ecc.

Il Consiglio suddetto nomina il Direttore Generale dell’Azienda tra i primi 5 in graduatoria dell’albo nazionale dei direttori generali. Il Direttore Generale nomina 1 Direttore Sanitario e 1 Direttore Amministrativo.

Il Direttore Generale ha tutti i compiti di gestione e può essere rimosso dal Consiglio in caso di inadempienze gravi o risultati insoddisfacenti o non conseguimento degli obiettivi fissati dal Consiglio in coerenza al Piano Sanitario Regionale. Tutti i componenti restano in carica 5 anni e sono rinnovabili una sola volta.

Ogni Azienda - Rete appartenente alla ASL è retta da un Consiglio di indirizzo e controllo (come per le ASL) e da un direttore ARS che è nominato dal Direttore Generale della ASL tra gli appartenenti all’Albo nazionale dei Direttori Generali. Egli nomina 1 Direttore Sanitario e 1 Direttore Amministrativo, in modo analogo a quanto descritto dalle ASL. Il Direttore di ARS dipende dal Direttore Generale della ASL che lo nomina e può rimuoverlo. Il Consiglio dell’ARS può proporne la rimozione al Direttore Generale per gravi motivi.

Il Consiglio di Indirizzo nomina i Revisori dei Conti attingendo all’Albo di questi ultimi.

All’Associazione dei benefattori possono accedere singole persone o soggetti giuridici senza scopo di lucro purché il loro contributo all’Azienda Sanitaria sia significativo.

7. La salute pubblica e la promozione della salute tornano in capo al Ministero della Salute, cui sono anche affidati in esclusiva l’educazione e la comunicazione sanitaria e il *marketing* sociale, con fondi che fanno parte dell’attuale finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale senza ulteriore aggravio di spesa.
8. **L’aggiornamento del medico e la rivalutazione** (o rinnovo dell’abilitazione professionale).

Ogni medico che opera nel Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad inserirsi in un programma di CPD (*Continuous Professional Development*) che si basa sulla documentazione puntuale e continua di tutte le attività di aggiornamento professionale e miglioramento continuo delle *performance* tecniche e comportamentali nel cosiddetto *portfolio* della conoscenza. Il medico deve dimostrare di aver identificato e percorso in piena autonomia una serie di

passi di miglioramento nei settori da lui stesso identificati come carenti e di aver colmato così le sue lacune di conoscenza e di comunicazione con i pazienti ed i colleghi, sotto la supervisione del Primario (Tabella 2 - Il Portfolio).

Tabella 2 - Il Portfolio*

- E' una parte importante del CPD e tutti gli specialisti (Ospedalieri e Generalisti) devono averlo per documentare il loro aggiornamento.
- Il programma dello specialista deve essere verificato regolarmente da un supervisore (il Primario o suo delegato).
- Lo specialista deve preparare ogni anno un piano organizzato di sviluppo professionale.
- Il piano deve prevedere esercizi di valutazione clinica, discussioni sul caso, procedure imparate, rassegna della letteratura. E' importante inoltre che preveda sia il *clinical skill* che il *soft skill*, ma anche la stesura di lavori scientifici**.
- Nell'*e-portfolio* vanno elencate anche le attività sanitarie accessorie (guardie, insegnamento, volontariato, etc.).

*Aujayeb A – *The e-portfolio*. BMJ Careers, 19 July 2008, p. 19

** Peh WCG, Ng KH – *Why Write?* Singapore Med J 49(6), 443-4, 2008

vedi anche www.portfolio.bmj.com

Tutte le attività professionali possono essere valide: lo studio teorico, i registri operatori o similari, i risultati dei questionari somministrati a pazienti e colleghi, i convegni e i corsi di aggiornamento, i *Ward and Grand Round*, la ricerca, l'insegnamento pratico e teorico, etc.. Se il giudizio di Terza Parte sul suo *portfolio* (unito a quello del suo Primario) risulta positivo, a intervalli di tempo (5 anni) la sua abilitazione professionale verrà rinnovata per altrettanto periodo (rivalidazione), a tutela della salute dei pazienti e del buon nome del medico e del Servizio Sanitario Nazionale.

In Gran Bretagna il sistema della rivalidazione ha iniziato il suo cammino il 3 dicembre 2012. Si tratta senza dubbio di un sistema complesso e costoso, che non convince alcuni (Hawkes N, 2012), e la cui costo-efficacia dovrà essere valutata fra 4-5 anni. Esso è per ora un segnale forte che la società manda ai

medici sull'urgenza di dimostrare che le loro conoscenze e capacità professionali sono all'altezza dei tempi e delle possibilità umane.

9. **Il Governo clinico**

Per Governo clinico s'intende quell'insieme inscindibile di azioni, organizzazione, gestione, insegnamento clinico, ricerca sanitaria, clinica e biomedica, finalizzate al miglioramento continuo dell'efficienza e della qualità (*performance*) dei servizi sanitari erogati. Esso è compito del Capo Dipartimento, in quanto si tratta di attività in ambito clinico. In via sperimentale la Direzione dell'Azienda sanitaria delega al Capo Dipartimento i poteri e le responsabilità per attivare e gestire il Governo clinico, in deroga alle disposizioni di legge vigenti. Il Capo Dipartimento negozia con l'Amministrazione Centrale la quantità, la qualità e il costo delle prestazioni sanitarie da erogare nell'anno successivo, ottenendo in cambio la massima autonomia nell'organizzare i Reparti, gestire il personale, ordinare la spesa, organizzare e gestire il CPD del personale (aggiornamento sul campo) ed effettuare e impegnarsi nella ricerca più appropriata. Pratica clinica, insegnamento e ricerca sono infatti la triade indispensabile per il miglioramento continuo dei servizi sanitari resi ai cittadini.

SEZIONE B

I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel tempo la posizione dei medici nel Servizio Sanitario Nazionale è peggiorata. Anziché investire nella promozione del capitale umano, nella sua motivazione, nella sua qualificazione, si è insistito nella imposizione di regole sempre più vincolanti e nelle procedure burocratiche. I risultati non sono stati buoni. Ma i nostri legislatori non si sono chiesti se forse ciò dipendeva da modalità di procedere sbagliate. Per la nostra politica il medico rappresenta una persona difficile da gestire, per cui le regole devono vincolarlo. Basti vedere l'evoluzione della libera professione *intramoenia* per capire la mentalità del legislatore.

Innanzitutto si è voluto premiare nei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale la condizione di esclusività, che viene retribuita con una speciale indennità. A questi medici pertanto la libera professione è consentita solo *intramoenia*, con una deroga per il proprio studio professionale, in attesa che le Aziende sanitarie approntino i locali e il personale necessari ad evitare questo rapporto ibrido. Essendo questo passaggio difficoltoso e costoso, le Aziende si sono attrezzate per ridurre al minimo possibile gli spazi di libertà del medico: così la prenotazione delle prestazioni è gestita dall'Azienda, la riscossione del compenso avviene con ricettari dell'Azienda (che poi trattiene fino al 50% del versamento!) e addirittura il Ministero ha recentemente decretato che le Regioni approntino a loro spese una rete informatica perché tutte le operazioni si svolgano al meglio e siano sotto controllo.

La cosa più logica per una politica liberale è che la facoltà di esercitare la libera professione per i medici dipendenti, da tutti riconosciuta come necessaria sia per i medici che per i pazienti, venga effettuata nel modo più semplice possibile. Una volta soddisfatti i compiti assegnatigli dall'Azienda sanitaria da cui dipende, il medico potrebbe esercitare l'attività privata ovunque egli ritenga opportuno, pagando le tasse pertinenti. Si riconoscerebbe in tal modo la sua prerogativa di professionista e non

solo di dipendente, in analogia ad esempio con quanto accade per i professionisti che dipendono dall'Università. Un simile provvedimento (legge 138 del 26 maggio 2004) in favore dei primari per i quali era stata dichiarata l'incompatibilità tra rapporto non esclusivo e direzione di struttura complessa fu molto apprezzato, ma l'anno dopo con il cambio del Governo il provvedimento venne cancellato e si tornò all'antico. Fra l'altro la libera professione *intramoenia*, come è oggi praticata, non è esente da critiche: innanzi tutto può divenire strumento di pressione per indirizzare il paziente a pagare la prestazione sanitaria anziché averla gratuitamente; una scorciatoia per evitare lunghe liste d'attesa che andrebbero risolte in altro modo. Viene così tradito lo spirito che portò ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, gratuito al punto di erogazione dei servizi, senza discriminazioni, uguale per tutti. Oggi chi paga non ha bisogno di attendere, chi non paga può aspettare in lista anche diverse settimane o mesi. Ma questa discriminazione genera anche risentimento in coloro che vedono privilegiare chi paga ai propri danni. Un'altra iniquità. La libera professione *intramoenia* dovrebbe invece servire a rendere più corta la lista d'attesa, e quindi essere retribuita dall'Ospedale per operare in favore dei pazienti non paganti in proprio.

Un altro sintomo della dura posizione ideologica nei confronti del medico è costituito dal tentativo di abbattere la gerarchia tra i medici ospedalieri. La figura del Primario, con la sua scuola di Aiuti ed Assistenti, è stata abolita per eliminare il cosiddetto "potere baronale". Nel furore ideologico di equalitarismo che ha contraddistinto il nostro Paese per decenni, tutti i medici anche se appena assunti sono divenuti dirigenti, con alcune posizioni di coordinamento definite nei modi più pittoreschi per evitare la terminologia di Primario: oggi si parla di "dirigente di struttura complessa" o di "dirigente di 2° livello", dimenticando che in tutto il resto della Pubblica Amministrazione il dirigente superiore è di 1° e non di 2° livello. Il risultato è che la scuola di medicina, che vedeva nel Primario il maestro oltre che il gestore del Reparto, si è perduta, e con esso la *leadership* tanto importante in ogni struttura complessa. Polverizzazione del potere, aumento degli impegni burocratici, marginalizzazione dei medici nell'ambito delle Aziende sanitarie, demotivazione e *burn-out*, unitamente ai tagli indiscriminati sul personale sanitario, hanno generato una sanità che ha perduto la sua connotazione di interprete dei bisogni del paziente. Il rapporto tra il paziente e i medici è divenuto più difficile, quasi sospettoso, e sta generando un contenzioso legale assai pericoloso. Il paziente si fida poco dei medici e troppo spesso li cita in giudizio per presunti danni, con richiesta di risarcimento assai elevata. Dato che le assicurazioni per la responsabilità civile si sottraggono sempre più al compito di assicurare i medici e di rispondere in caso di condanna, il medico pratica la medicina difensiva, ovvero cerca di non assumersi responsabilità nella diagnosi e nella cura per evitare di incorrere in procedimenti civili, ma anche penali; da cui comportamenti di garantismo che

comportano spese ingenti e inutili per la finanza pubblica, sotto forma di indagini eccessive, di cure e di ricoveri superflui.

La politica intesa a ridurre ulteriormente il ruolo del medico negli Ospedali non è ancora cessata: oggi in alcune Regioni si procede a organizzare gli Ospedali per intensità di cura. Cessano di esistere i Reparti (e ciò può essere utile) e si prospetta l'opportunità di ridurre il numero dei Primari e magari di affidare i pazienti non ai medici, ma all'infermiere (sul modello *Nightingale* inglese), che diviene il gestore del paziente e chiama il medico al bisogno. Una figura estranea alla tradizione italiana e diversa anche dall'*hospitalist* americano, cioè il medico olista (internista) che gestisce il percorso di diagnosi e cura dentro l'Ospedale plurispecialistico per evitare che gli interventi di diversi specialisti concentrati su alcune patologie del malato finiscano con il perdere di vista l'unitarietà della persona.

Di cura della persona e non della malattia si fa un grande parlare, ma la realtà è tutt'affatto diversa. I malati non sono mai stati soli e disorientati come ora: vagano talora senza riferimenti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale che risulta essere sempre meno amichevole. L'erosione della figura del medico, ossia di quella figura mal governabile che continua ad essere il punto di riferimento del malato e quindi autonoma ed indipendente nella decisione, è la naturale conseguenza della sanità vista come area di invadenza politica, ma anche di spesa pubblica non controllabile. Essa è quindi il risultato di una povertà culturale e morale della nostra dirigenza politica e burocratica, che si manifesta oggi come non mai in tutta la vita del Paese. I guasti di questo atteggiamento sono enormi e ci vorrà comunque molto tempo per sanarli anche qualora si cominciasse a ricostruire sul serio una sanità equa e sostenibile.

In conclusione, riteniamo che i rapporti tra i medici dipendenti e il Servizio Sanitario Nazionale vadano ricostruiti, e contestualmente vadano ricostruiti i rapporti medico-paziente. Tutto ciò si ottiene ripristinando la dignità sociale e professionale dei medici, con misure che ne ricostruiscono la motivazione professionale e abbandonando i fallimentari sistemi usati finora. E' un'inversione culturale prima che operativa: non serve demolire la figura del medico, perché ciò provoca nella popolazione uno stato di malessere che oltre a determinare disagio e ansietà, comporta disservizi e costi di gran lunga maggiori di quelli che sarebbero necessari per ripristinare lo status sociale e professionale del medico.

CONTENUTI DI UNO O PIÙ DISEGNI DI LEGGE

- ✓ Ripristinare il ruolo di Primario, Aiuto, Assistente anziano, Assistente giovane, Assistente straordinario (cioè non in organico) sia in Ospedale che nella Casa della Salute. Incarichi di 5 anni, rinnovabili.
Il Primario coordina e dirige tutto il personale sanitario che opera nella sua Divisione o Servizio, ne fissa i compiti, ne verifica i risultati, ne cura l'aggiornamento continuo, ne determina la carriera e l'eventuale parte variabile dello stipendio. Può delegare parte delle sue funzioni agli Aiuti. Propone gli investimenti necessari a realizzare il *Quality Improvement*.
- ✓ Lo stipendio del personale medico è costituito da una quota fissa ed una variabile, fino al raddoppio dello stipendio e proporzionale alla quantità, qualità e costo del lavoro svolto, al parere dei pazienti e dei colleghi sulla capacità di relazione all'interno della struttura, alla capacità di espletare in modo autonomo e coscienzioso il suo lavoro. Le guardie notturne competono solo agli Assistenti junior e normalmente i senior fungono da riferimento con una reperibilità.
- ✓ Esauriti i compiti assegnati (dal Primario e dal Direttore Sanitario) ogni medico può effettuare attività libero-professionale ovunque lo ritenga opportuno e possibile. Per questo aprirà una partita IVA e sosterrà gli oneri fiscali. La libera professione dentro l'Ospedale è consentita solo per ridurre le liste d'attesa, e viene retribuita quindi dalla struttura stessa, che tratterrà il 10% dei compensi a titolo di rimborso spese amministrative. Se l'Ospedale è convenzionato con una Casa di Cura o la gestisce in proprio, il suo personale dipendente può esercitare la libera professione per pazienti a pagamento in questa struttura, in regime di autonomia professionale, pagando alla struttura stessa solo le spese di gestione e amministrazione.
- ✓ Alla scadenza dei 5 anni il contratto può essere rinnovato dopo valutazione positiva dell'operato del candidato da parte di una Commissione costituita dal Direttore Sanitario, Primario (o Capo Dipartimento), 2 Primari della specialità, il responsabile dell'Ufficio Reclami della struttura, che prenderanno in esame le attività e i comportamenti del candidato.

- ✓ L’Ospedale di riferimento è organizzato in Dipartimenti, ognuno dei quali costituito dai servizi medici, chirurgici e altri servizi afferenti alla patologia di un organo (fegato, cuore, sistema nervoso centrale, ecc.), di intensità diversa (terapia intensiva, semi-intensiva, ordinaria). Il Capo Dipartimento è nominato dal Consiglio di Indirizzo e Controllo su proposta del Direttore Generale, in accordo con il Comitato di Direzione, dura in carica 5 anni ed è rinnovabile una sola volta.
- ✓ La retribuzione del Capo Dipartimento è come quella di un Primario, con un’addizionale fino al 30% sulla quota variabile, in rapporto ai risultati conseguiti.

Milano, 5 aprile 2013