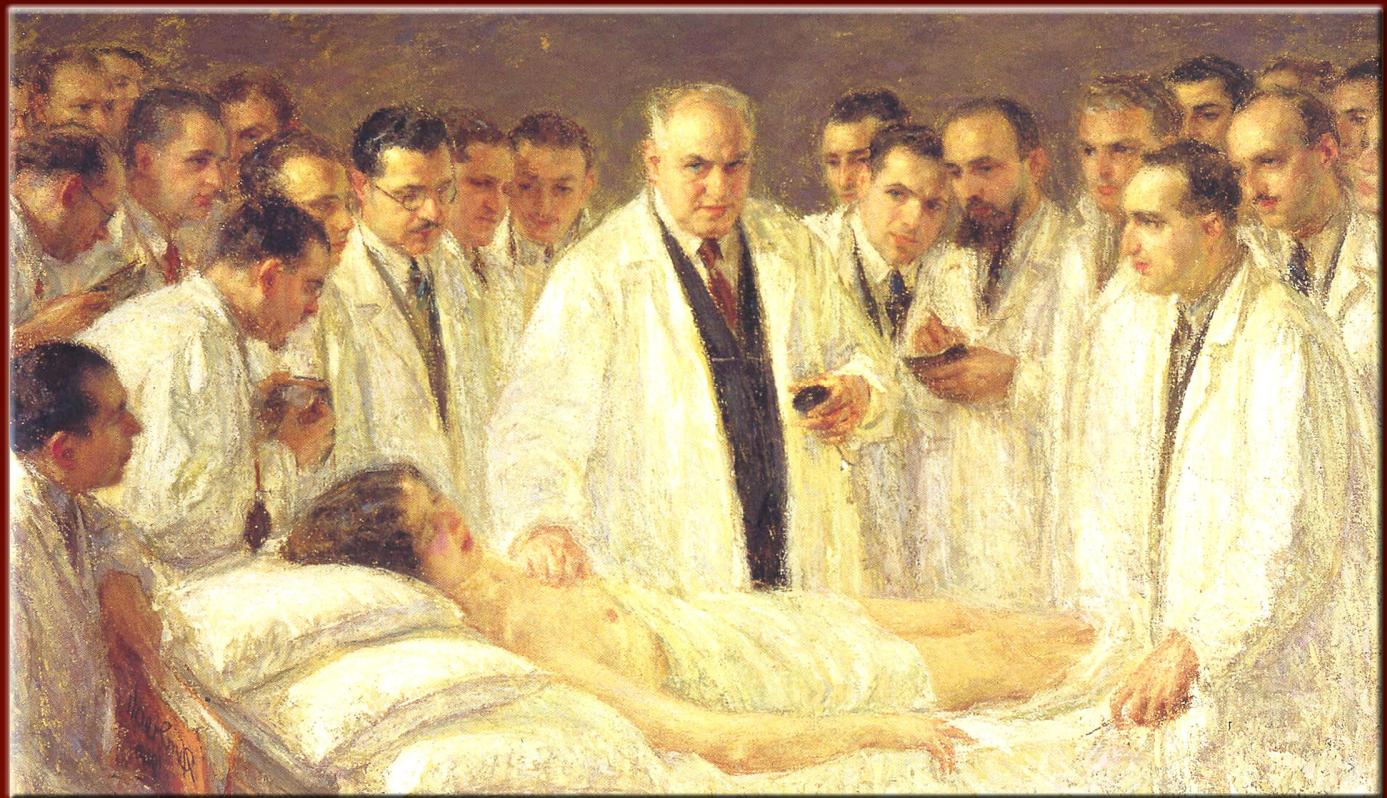


Girolamo Sirchia

La salute in Italia oggi



*Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore
Milano 2007*

La salute in Italia oggi

In copertina

Domenico Cesa-Bianchi con gli allievi, 1933, olio su tela di Attilio Andreoli
Proprietà dell'Ospedale Maggiore di Milano

Indice

A. La situazione attuale	pag.	4
B. Quello che dobbiamo fare. Schema degli interventi prioritari	pag.	6
I. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007	pag.	8
II. La lotta al tabacco in Italia	pag.	13
III. Efficienza e qualità del Servizio Sanitario Nazionale	pag.	21
IV. Sistema di qualità per il Servizio Sanitario Nazionale	pag.	24
V. Il Dipartimento Ospedaliero	pag.	25
VI. "L'Hospitalist"	pag.	26
VII. La libera professione dei medici	pag.	27
VIII. Schema organizzativo per l'UTAP o Casa della Salute	pag.	28
IX. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)	pag.	30
X. L'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare	pag.	32
XI. C'è un solo bene il sapere e un solo male: l'ignoranza (Socrate)	pag.	33
XII. Per un moderno sistema di previdenza ed assistenza	pag.	36
C. Conclusioni	pag.	40

A. La situazione attuale

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, nato nel 1978, è riuscito in questi anni a garantire una *performance* media di buon livello e di costo medio-basso grazie soprattutto alla capacità professionale e alla dedizione di gran parte del personale sanitario. Esso tuttavia ha reagito poco ai mutamenti intervenuti nei passati decenni circa i bisogni sanitari degli Italiani e non risulta oggi adeguato e soddisfacente per molti aspetti di tipo organizzativo-gestionale.

I. Tra questi figura principalmente il **sistema delle cosiddette cure primarie**, che comprendono:

- a. la realizzazione di **Poliambulatori della medicina di famiglia**, che rimangano aperti e attivi per tutto l'arco delle 24 ore, grazie alla Medicina di Gruppo, ossia a Medici di Medicina Generale che si organizzano in una Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) o "Casa della Salute" per prestare le proprie attività in modo che uno di essi sia sempre presente e altri assicurino le visite domiciliari. La medicina di gruppo è utile anche per migliorare l'attività di diagnosi e cura dei Medici di Medicina Generale, se questi si avvalgono di specialisti a tempo parziale. Solo un Poliambulatorio di questo tipo è in grado di prevenire l'intasamento dei Pronto Soccorso ospedalieri che oggi lamentiamo e che è dovuto all'assenza di valide alternative per il paziente che lamenta un disturbo urgente. In Italia l'istituzione di questi Poliambulatori gestiti dai medici associati è prevista dalla convenzione dei medici di famiglia siglata nel 2004, ma stenta a diffondersi.
 - b. I **Centri di promozione della salute e di prevenzione territoriale**. La prevenzione diventa efficace solo se gestita in modo attivo, ossia se gli aventi titolo sono censiti e attivamente stimolati a sottoporsi ai provvedimenti sanitari necessari. Si pensi all'importanza di prevenire le complicanze del diabete o alla necessità di evitare ai pazienti nei quali viene diagnosticata una neoplasia i disagi di ripetute e scoordinate visite e interventi di diagnosi e cura. Solo se la convocazione, lo screening e gli eventuali approfondimenti diagnostici e terapeutici sono organizzati e ben gestiti, si evitano al paziente perdite di tempo, angosce e sofferenze, oltre che pericolosi ritardi nella cura.
 - c. I **Centri di riferimento e guida per le malattie croniche** (diabete, tumori, ecc.), il cui compito è di diffondere le migliori pratiche mediche e rapportarsi con i medici di famiglia per aiutarli nella loro attività professionale e nel loro rapporto con i pazienti.
 - d. Le **cure intermedie**, ossia quell'insieme di attività che comprendono, oltre alle precedenti, gli Ospedali locali a bassa intensità di cura, gli Istituti di Riabilitazione, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), i Centri diurni e l'assistenza domiciliare, e che riunite in una rete a decrescente intensità di cura possono garantire, soprattutto ai pazienti cronici, un'assistenza personalizzata e variabile in rapporto ai loro bisogni sanitari.
- II. Una gerarchizzazione degli Ospedali che distingua nettamente quelli regionali ad alta intensità di cura, da quelli locali ad intensità di cura più bassa: i primi ad impronta specialistica, ad alto costo e ad alto *turnover*, i secondi al servizio delle comunità locali per prestazioni a minor costo e a minor intensità sanitaria, aperti o coincidenti con altre attività delle cure primarie. Tutti peraltro improntati ad un migliore rapporto umano tra Ospedale e malato, ad una visione olistica del paziente e ad una migliore continuità assistenziale con il prima ed il dopo l'assistenza ospedaliera.
- III. Un potenziamento di tutto l'aspetto conoscitivo, educativo ed informativo per i sanitari e per il pubblico.
- IV. Una misurazione della *performance* delle strutture e del personale, capace di assicurare trasparenza al sistema e di consentire un impianto meritocratico.

Negli ultimi 5 anni abbiamo cominciato questo difficile cammino di ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale. Tra le azioni realizzate cito le seguenti:

1. il *Piano Nazionale della Prevenzione* (previsto dalla Legge Finanziaria per il 2005);
2. l'attenzione agli stili di vita salutari e alla promozione della salute (lotta al fumo, all'eccesso alimentare, all'alcool, alla droga);
3. il *Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario* (previsto dalla Legge Finanziaria per il 2005);
4. l'istituzione del *Centro di Controllo delle Malattie* (CCM) e del *Centro per la Sicurezza Alimentare* al fine di potenziare la difesa della salute pubblica;
5. l'istituzione dell'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) e la *Commissione Unica dei Dispositivi Medici* (CUD);

6. l'istituzione dei *Centri di Riferimento* (o di eccellenza) tramite la legge di riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Il concetto di Centri di Riferimento capaci di trasferire alle altre strutture sanitarie e al territorio circostante le più moderne modalità di diagnosi e cura è essenziale per elevare uniformemente nella nazione la qualità delle cure;
7. l'attivazione di una rete tra le strutture di eccellenza nel campo oncologico attraverso l'iniziativa *Alleanza contro il Cancro* che opera in campo nazionale ed internazionale;
8. l'istituzione delle *Unità Territoriali di Assistenza Primaria* (UTAP) per la medicina di base, per potenziare il ruolo di quest'ultima;
9. la realizzazione del *Centro Nazionale di Adroterapia Oncologia* (CNAO) e dell'*Istituto Nazionale di Genetica Molecolare* (INGM);
10. l'istituzione della *Biobanca nazionale per il materiale biologico*;
11. l'internazionalizzazione della ricerca con i progetti Italia-USA e Italia-Cina;
12. la realizzazione a Roma dell'*Istituto Mediterraneo di Ematologia* (IME) collegato con gli Stati che si affacciano sul Mediterraneo, per la cura della talassemia e dell'onco-ematologia (*Accordo Israele-Palestina* per il trapianto di midollo e *Accordi* con altri Stati);
13. la realizzazione dell'*Alleanza Ospedali Italiani nel Mondo* (IPOCM) per mantenere in collegamento le iniziative italiane all'estero e consentire le iniziative delle Aziende italiane in quei Paesi;
14. l'investimento in nuove strutture sanitarie e tecnologie;
15. il riordino del Ministero della Salute e la riunificazione di tutte le sue sedi operative in un unico moderno edificio.

B. Quello che dobbiamo fare. Schema degli interventi prioritari

Il servizio sanitario di una nazione è un sistema (o organizzazione complessa) la cui bontà dipende da due fattori:

1. la quantità di denaro investita;
2. l'efficienza de processo produttivo, ossia la capacità del sistema di trasformare il denaro investito in salute e in servizi sanitari di buona qualità (il cosiddetto *value for money*).

In Italia l'ammontare del fondo sanitario nazionale tende al 7% del PIL, cui si aggiunge un 2% circa di spesa privata. Si arriva in tal modo ad un 8,5% che è solo di poco inferiore all'investimento dei Paesi europei più avanzati. Ciò che invece risulta carente è l'efficienza del sistema, per un difetto di tipo organizzativo gestionale*.

Il sistema inoltre non ha saputo mutare in rapporto ai modificati bisogni sanitari della popolazione: concepito 30 anni fa per la cura del malato acuto (perché la malattia cronica era una realtà assai limitata) e basato prevalentemente sulla cura e sull'assistenza ospedaliera, ha sviluppato poco la medicina territoriale nei suoi vari aspetti, che comprendono la promozione della salute, la prevenzione, le cure primarie, ma anche tutta la rete a decrescente intensità di cura che include l'assistenza continuativa ai pazienti parzialmente o totalmente non autosufficienti. Ciò è accaduto per un evidente difetto di progettualità e per la diversa capacità delle Regioni (titolari dell'organizzazione e gestione della sanità) di rispondere ai bisogni della loro popolazione. Si aggiunga infine il fardello burocratico che grava in Italia su ogni gestione di tipo pubblico.

Anche se diverse cose sono state fatte, quindi, molto resta ancora da fare perché il nostro Servizio Sanitario Nazionale, che ha il pregio di essere solidaristico e ancora sostenibile economicamente, possa continuare ad esistere. In particolare dobbiamo agire sui difetti principali, mettendoci dalla parte dei cittadini, e fondamentalmente dai seguenti:

- I. Le liste d'attesa sono spesso troppo lunghe, in quanto non tutte le aree del Paese assicurano il minimo sufficiente di servizi e la libera professione *intramoenia* tende a peggiorare la situazione.
 - Gli standard di quantità devono essere parte dei LEA.
 - La libera professione dei medici va fatta fuori e non dentro l'Ospedale.
- II. La qualità delle prestazioni sanitarie è estremamente variabile da luogo a luogo. Chi ha la fortuna di capitare bene, è curato bene, ma spesso ciò non accade. Peraltra la qualità non viene misurata e quindi l'eccellenza è autoreferenziale.

Qualità - Come si fa?

1. Il Ministero della Salute deve stabilire i *target di qualità* (standard) e i metodi di misura (processo e outcome).
2. È importante che la misura della qualità includa il giudizio degli utenti, tuttavia è stato auspicato che essa non si basi tanto su giudizi di carattere emotivo, ma su dati oggettivi di servizi ricevuti (ad esempio è poco utile chiedere al cittadino se il suo medico di medicina generale è bravo, medio o scadente, è molto più utile chiedergli se il suo medico gli ha prescritto gli screening per i tumori, se gli ha raccomandato di non intraprendere o di cessare il fumo e a tenere un'alimentazione corretta, ecc.).
3. I risultati vanno utilizzati per accreditare le strutture (*strategic purchasing*) → ruolo del Ministero della Salute, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e del Dipartimento (vedi oltre).
4. I risultati vanno pubblicizzati → *benchmarking* e trasparenza.
5. È indispensabile che il sistema venga tenuto sotto controllo stretto ad opera di ispettori qualificati.
6. Le Università devono competere tra loro sulla capacità di far superare ai loro laureati l'esame di abilitazione ed essere classificate e premiate in base alla qualità.
7. Il sistema di ECM e CPD (rivalutazione, ma anche curriculum studi migliore e specialità conseguita e aggiornata sul lavoro e misurata come performance).
8. Sviluppare il *Technology assessment*.

***Nota.** Va notato che nel 2000 il Fondo Sanitario Nazionale era di circa €66 miliardi, mentre per il 2007 è stato innalzato a 96 miliardi. A fronte di tale sensibile aumento, peraltro, la quantità e la qualità delle prestazioni erogate sembra essersi modificato in modo assai limitato, ad indicare nuovamente l'inefficienza del sistema nel trasformare il denaro in prestazioni sanitarie.

- III.** Gli sprechi, l'inefficienza, i difetti organizzativo-gestionali, gli elevati costi amministrativi, gli insufficienti *commissioning* e *strategic purchasing* delle Regioni sottraggono risorse preziose all'ammodernamento tecnologico e organizzativo.
- IV.** La politica del personale, l'aggiornamento inefficiente e l'inadeguatezza della politica non consentono la meritocrazia e il miglioramento della qualità → Bisogna pensare a contratti di lavoro che superino i vecchi schemi e lascino spazio al merito, all'iniziativa e alla capacità professionale.
- V.** La capacità delle Istituzioni nazionali e regionali di adeguare il sistema sanitario ai nuovi bisogni è insufficiente. Bastino i seguenti fatti:
 - *Commissioning* e *Strategic Purchasing* regionali assai carenti;
 - poco studio e collegamento internazionale a livello di Stato e Regioni;
 - Inefficienza dei servizi
 - } □ troppi Ospedali che lavorano mezza giornata
 - controllo di gestione poco o nulla efficace
 - inutilità dei Dipartimenti Ospedalieri
 - libera professione male organizzata e gestita
 - il rapporto tra la struttura di assistenza ed il paziente non è sufficientemente amichevole e rispettoso;
 - la rete a decrescente intensità di cura è inesistente o carente;
 - inadeguatezza delle cure primarie, di quelle domiciliari, di quelle intermedie;
 - scoordinata la promozione della salute e la prevenzione;
 - inadeguato sviluppo dell'assistenza sociale, e del suo collegamento a quella sanitaria.
- VI.** Inadeguatezza della ricerca sanitaria.
 - Poca ricerca traslazionale e poca capacità di trasferimento dei risultati al mercato.
 - Poco rapporto con l'industria.
 - Poca cultura dello sfruttamento dell'invenzione nel pubblico.
 - Poca ricerca gestionale e organizzativa dei servizi sanitari.
- VII.** L'educazione è arcaica e insufficiente.
 - Curriculum inadeguato di formazione del medico (mancano materie fondamentali).
 - Scarse la formazione dello specialista sul lavoro e la misura delle *performance*.
 - Formazione e aggiornamento del medico delle cure primarie insufficienti.
 - Il medico generalista opera per lo più da solo, ha pochi supporti per la diagnosi e la terapia che tende a delegare ad altri.
 - L'aggiornamento e la rivalutazione del personale sanitario (cioè la riconferma periodica dell'abilitazione professionale) si sono fermati all'ECM, intesa come Convegni senza controllo di efficacia.
 - L'educazione alla salute nelle scuole elementari non è una priorità della scuola.
 - L'educazione del grande pubblico (*guidata dai sondaggi!*) è insufficiente, così come modesto è il ruolo del medico di medicina generale e del farmacista.

I. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

1. Premessa

Il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale dell'Educazione si rendono indispensabili, in quanto la crescente incidenza delle malattie croniche e delle loro complicanze fa sì che il peso finanziario di questa patologia, che si scarica sul Servizio Sanitario Nazionale, diverrà insostenibile nell'arco di un decennio. Peraltra questa patologia è in larga misura prevenibile ed è quindi obiettivo di tutti i paesi avanzati attivare riforme strutturali tali da consentire che questa prevenzione abbia luogo(*).

Anche in Italia la *Legge Finanziaria 2005* ha previsto queste modifiche strutturali, inserendo i Piani Nazionali della Prevenzione e dell'Educazione tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire al fine di ottenere il conguaglio del 5% del Fondo Sanitario Nazionale, previsto appunto su obiettivi. Peraltra anche le Regioni condividono questo obiettivo, giacché nell'*Accordo di Cernobbio* del 6/4/2004 la prevenzione, organizzata e coordinata a livello nazionale con una condivisione tra Stato e Regioni, è stato uno degli obiettivi sottoscritti. La prevenzione in Italia è stata effettuata da diversi anni, ma è stata realizzata più o meno bene, a seconda della Regione considerata. Così, oggi, rileviamo che in alcune Regioni la prevenzione è stata largamente efficace, mentre in altre essa efficace non è stata, cosicché, ad esempio, mediamente in Italia, solo poco più della metà dei soggetti aventi titolo si sottopone agli screening per la diagnosi precoce dei tumori del seno e dell'utero. Quello che serve è quindi un coordinamento centrale che permetta di conseguire, in tutto il Paese uniformemente, obiettivi di salute tali da garantire che tutti i cittadini aventi titolo possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e di prevenzione e quindi ottenere uniformemente un risparmio di vite umane e di patologia, che oggi non è stato ancora conseguito, malgrado di prevenzione si parli da oltre 25 anni. Sul Piano Nazionale della Prevenzione, che parte nel 2005, si concentrano inoltre risorse mai considerate precedentemente e che prevedono non solo il conguaglio del Fondo Sanitario Nazionale più sopra accennato, ma anche fondi vincolati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, che, nel caso della prevenzione, ammontano a circa 240 milioni di euro.

Un Piano Nazionale della Prevenzione va disegnato in maniera tale da essere fattibile e questo esige una gradualità degli interventi che porti a regime l'intero Piano nel giro di 3-5 anni con un *cronoprogramma* ben dettagliato. Proprio per questo motivo il presente Piano considera alcuni passaggi prioritari per il triennio 2005-2007.

2. Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Gli ambiti di cui discutiamo sono:

1. la prevenzione della patologia cardiovascolare, comprensiva della prevenzione delle complicanze del diabete;
2. la diagnosi precoce dei tumori;
3. la prevenzione degli incidenti domestici;
4. il Piano Nazionale delle Vaccinazioni.

2.1. La prevenzione cardiovascolare

Per iniziare il programma di prevenzione cardiovascolare sono da considerarsi quattro distinte iniziative:

1. la diffusione della *carta del rischio* a gruppi di soggetti;
2. la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
3. la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente;
4. la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.

***Nota.** Con la comunicazione COM/99/0347 "Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale" la Commissione Europea ha individuato nel 1999 alcuni obiettivi fondamentali tra i quali quello della prevenzione, (promuovendo misure attive e non passive) e quello di una rete di sicurezza sociale, suggerendo agli Stati Membri lo scambio delle esperienze e la valutazione periodica e sistematica delle politiche attuate. Questi suggerimenti sono stati recepiti nel 2000 dal Consiglio straordinario dei Capi di Stato e di Governo a Lisbona, che hanno indicato tra gli obiettivi dell'Europa un migliore sistema di welfare come fattore di sviluppo e di coesione sociale in un contesto di crescente competitività internazionale.

2.1.1. Si condivide quale strumento valido per la definizione del rischio cardiovascolare, la cosiddetta *carta del rischio*, in quanto consente di offrire al soggetto in esame la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, ad un incidente cardiovascolare, in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita. La consapevolezza acquisita del possibile aumento del rischio in misura considerevole induce il soggetto in esame a chiedere consiglio al medico su come modificare i propri stili di vita, così da abbassare il rischio, e questa è un'occasione estremamente favorevole per consigliare al soggetto in esame su come comportarsi e tutelare meglio la propria salute.

L'Istituto Superiore di Sanità ha definito i fattori di rischio e il peso di ognuno di essi, costruendo la *carta del rischio* in base all'esame di una coorte italiana, evitando quindi di dover importare dall'estero e tipicamente dallo studio Framingham questi elementi, che a volte non si adattano bene alla nostra gente. I fattori di rischio considerati dalla *carta* sono sei (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di HDL colesterolo, valori di pressione arteriosa sistolica, iperglicemia) e considerano separatamente uomini e donne, soggetti diabetici e non diabetici.

Si può così sottolineare, ad esempio, al soggetto in esame come continuando a fumare e ad alimentarsi eccessivamente senza un adeguato movimento fisico, il rischio aumenti in maniera tale da ridurre consistentemente le possibilità di salute nel giro del decennio, mentre modificando questi fattori di rischio, si può riportare il soggetto ad un rischio "normale" e quindi evitargli di perdere la salute e la vita.

Per essere efficace, la *carta* va applicata abilmente da parte dei medici a gruppi di soggetti: è stato individuato il gruppo dei donatori di sangue, che sfuggono spesso al controllo dei medici, in quanto ritenuti sani, i gruppi aziendali, che potrebbero essere sostenuti dalle Aziende stesse, come beneficio di protezione della salute dei propri dipendenti, i medici di famiglia, per quanto riguarda i soggetti loro afferenti, le caserme e altri gruppi di aggregazione, dove medici preparati possano rilevare questi fattori di rischio con periodicità di sei mesi circa, in modo da verificare anche se il *counselling*, che viene da loro proposto, risulta efficace e se quindi lo strumento risulta idoneo a ridurre la insorgenza della patologia e delle sue complicanze.

A questo fine è necessario organizzare anche dei corsi ai medici che si impegnano in questa attività, in modo tale che non solo sappiano applicare la *carta del rischio*, ma sappiano anche effettuare il *counselling* necessario a renderla efficace.

È infine necessario attivare un sistema di registrazione dei dati per studi epidemiologici e per ragioni scientifiche.

Vi è quindi la necessità di un ulteriore intervento, che riguarda la *base dati* per raccogliere le informazioni laddove si generano e per creare *patient files* che consentano il *feed back* ovvero il ritorno sia ai medici, sia alla autorità sanitaria, sia ai soggetti interessati.

Come per tutte le altre attività in fase di avvio, la formula da adottarsi è quella di cominciare con gruppi di soggetti e di medici che hanno interesse scientifico e assistenziale più forte di altri a realizzare questa iniziativa e definire anche delle aree sperimentali in diverse Regioni con una Regione capofila, che organizza il programma e che ripartisce le risorse ai partecipanti.

Va inoltre attivato uno studio osservazionale promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per valutare in una coorte ampia di pazienti esposti al trattamento con statine, l'applicazione e la trasferibilità delle carte del rischio associate a misure di esito (*outcome research*).

2.1.2. La prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile agevola fortemente la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna, ma anche la prevenzione dello sviluppo del diabete nell'eventuale nuovo nato. E' quindi giustificato un intervento preventivo che si basa su semplici elementi di prevenzione:

1. lo screening sistematico da parte del medico di famiglia, ma anche dalla donna su se stessa con indicatori di obesità, ricordando che per un test di semplice adozione si può fare ricorso a misure fortemente indicative, quali quelle dell'*Indice di Massa Corporea (BMI)* e la circonferenza addominale;
2. la positività a queste misure viene registrata dal medico che effettua un *counselling* ed avvia la donna ad un programma di correzione del rischio, basato su dieta ed attività fisica;
3. il *follow-up* con controlli semestrali permette la valutazione dell'impatto del programma.

Questo approccio potrà permettere un'ampia attività di prevenzione, ma soprattutto consentirà di mirare l'intervento preventivo alle persone realmente a rischio.

2.1.3. Per quanto riguarda la prevenzione del diabete di tipo II e delle sue complicanze, si tratta di un'iniziativa che è perseguita già in altri Stati e tipicamente negli Stati Uniti dalla *Kaiser Permanente* in California. Si tratta innanzitutto di censire la popolazione affetta da diabete di tipo II, che in grande misura è inconsapevole di avere questa patologia.

Spesso il diabete di tipo II si associa all'obesità in una sindrome chiamata *Diabesity* e quindi è soprattutto a questo tipo di popolazione che si rivolge l'attenzione degli epidemiologi. Il censimento periodico della popolazione consente anche di monitorare la crescita dell'incidenza di questa patologia, che sta crescendo in misura sostanziale in tutti i paesi. Una volta censita la popolazione, è necessario raggiungerla con un programma di prevenzione attiva delle complicanze. Sappiamo infatti che questi pazienti inizialmente collaborano attivamente con il medico per eseguire le indagini diagnostiche e la terapia appropriata, ma poi con l'andare del tempo molti di essi si stancano e la *compliance* alle indagini e alla terapia cala in maniera pericolosa.

Per aumentare la *compliance* è necessario che una base dati informatica, gestita da un coordinatore di ASL, consenta di sollecitare l'attenzione dei pazienti e quella dei loro medici, dando al *patient files* quella funzione di sostegno del medico che gli permetta di tenere sotto controllo il gruppo di pazienti ad esso affidati in maniera tale da coinvolgerli attivamente nel programma terapeutico. È di fatto il paziente il miglior medico di se stesso ed al paziente si rivolge anche la sollecitazione che tramite la base dati può essere fornita.

Anche qui, notoriamente, la comunicazione medico-paziente e Istituzione-paziente è fondamentale, così com'è fondamentale che ci sia un *Centro anti-diabetico di riferimento* nell'ambito del Distretto, che cura l'impostazione della base dati, la fornitura di linee guida e la preparazione dei pazienti e dei medici.

Per mantenere alta l'efficacia del programma, anche qui sarà identificata una Regione capofila e delle aree sperimentali, in cui attivare questo programma, con la gestione dei rispettivi finanziamenti.

Va ricordato infine che il diabete dei bambini sta diventando un problema anche in Italia e quindi il programma si deve estendere anche ai bambini e, in particolare, ai bambini obesi. Come si può notare, questo programma si integra facilmente con il primo, perché il diabete è uno dei fattori di rischio inclusi nella *carta del rischio*.

2.1.4. Il quarto oggetto della prevenzione cardiovascolare riguarda le recidive di coloro che hanno già avuto un primo incidente, sia a livello cardiaco, sia a livello cerebrale. In questi casi le Società Scientifiche raccomandano un trattamento adeguato che consente di ritardare o prevenire l'occorrenza di un secondo incidente. Anche in questo caso è necessario censire i pazienti e mantenere uno stato di intensa e attiva comunicazione con loro, al fine di assicurarsi che la terapia e le indagini diagnostiche del caso vengano regolarmente effettuate e registrate.

2.2. Screening dei tumori

Gli screening dei tumori validati sono oggetto di Raccomandazione Europea e sono tre:

1. screening del tumore del seno;
2. screening del cancro della cervice uterina;
3. screening del cancro del colon retto.

Per ognuno di questi screening è necessario avere un censimento degli aventi titolo e quindi effettuare gli screening su popolazioni di soggetti presunti sani che appartengono a certe categorie.

È necessario pertanto organizzare un *Registro di Azienda Sanitaria Locale* o di Distretto, che permetta di identificare questi soggetti aventi titolo e di sollecitarli in maniera tale che partecipino ai programmi di prevenzione.

In questo caso la figura del medico di famiglia diventa estremamente importante, in quanto il medico di famiglia può sollecitare l'attenzione di queste persone ed effettuare un adeguato *counselling*; questo non significa che il coordinamento di Distretto non sia importante, così com'è importante la base dati e com'è importante il *Registro Tumori* della Regione, che purtroppo ancora non esiste in tutte le Regioni italiane e che va istituito con massima priorità. Infatti è valutando l'incidenza dei tumori che si può valutare alla fine l'efficacia delle campagne di screening.

Fondamentale terzo elemento, perché la campagna di screening risulti efficace, è definire il percorso dei soggetti positivi, facendoli afferire ai *Centri Regionali di Riferimento*, dove è necessario attivare dei pacchetti unici di prestazioni sanitarie, tali da evitare perdite di tempo, e tracciare dei percorsi prioritari per questi pazienti, affinché risolvano il loro problema arrivando rapidamente ad una diagnosi certa ed attivando altresì

un sostegno psicologico adeguato, in quanto la diagnosi può essere causa di grave stato di depressione e di ansia. Il trattamento dei positivi deve essere quindi improntato alla massima efficienza e al frequente buon rapporto con il medico, onde evitare che lo screening sia causa, a sua volta, di malattia.

Un quarto punto importante è che, una volta censiti i soggetti aventi titolo allo screening, questi screening vengano effettuati in *Centri accreditati*, che, a loro volta, devono sottoporsi a controlli esterni di qualità per le attrezzature e le procedure.

Un quinto punto riguarda la necessità di vincolare una quota delle risorse per spese di investimenti, anche in riferimento al programma *ex art. 20* della legge n.67/1988 per il potenziamento e l'adeguamento tecnologico dei presidi e servizi impegnati nelle attività di screening, con prioritario riferimento alle apparecchiature necessarie per lo screening mammografico.

È compito della Regione disegnare questa rete dei *Centri di Riferimento* e valutare la qualità e quantità del loro lavoro.

Infine la comunicazione istituzionale, unica e centralizzata, evita di disperdere risorse in inutili campagne e in inutili pubblicazioni, permette di rendere molto efficace questa comunicazione, onde raggiungere tutta la popolazione e appoggiare la campagna che la Regione effettua tramite i suoi medici e i suoi *Centri di Riferimento*.

2.3. Prevenzione degli incidenti domestici sia nei bambini che negli anziani

A livello dei bambini sappiamo che gli incidenti domestici sono una prevenibile causa di patologia e di morte molto significativa.

È necessario quindi raggiungere i genitori con delle *schede* che permettano loro di capire come prevenire gli incidenti nei quali il bambino, a varie età, può incorrere e, a questo fine, è necessaria la collaborazione dei pediatri e degli Ospedali pediatrici.

Anche in questo caso si tratterà di misurare gli incidenti al tempo zero e di attivare un monitoraggio tramite un osservatorio della ASL, cosicché si possa valutare l'efficacia delle campagne attivate tramite i pediatri sui genitori.

Anche la comunicazione istituzionale, ovviamente, avrà il suo ruolo e, ancora una volta, la comunicazione dovrà essere centralizzata onde evitare inutili dispersioni di risorse.

Per quanto riguarda gli anziani, sappiamo che gli incidenti domestici sono cause prevenibili di disabilità e di mortalità molto rilevanti. Anche in questo caso è necessario definire lo stato attuale delle cose e attivare un sistema di monitoraggio. Qui saranno i medici di medicina generale i primari attori di questa azione di *counselling*, anche perché il rapporto degli anziani con i medici di medicina generale è molto stretto.

Anche in questo caso, tuttavia, una comunicazione istituzionale condivisa tra lo Stato e le Regioni e centralizzata, consentirà di raggiungere tutta la popolazione in modo efficace senza dispersione di risorse.

2.4. Piano delle vaccinazioni

Anche quello delle coperture vaccinali è un risultato largamente insoddisfacente in alcune Regioni, in quanto la copertura vaccinale, invece di superare l'80%, come raccomandato, a stento raggiunge a volte il 50% e talora presenta valori anche inferiori. Si tratta in particolare delle vaccinazioni raccomandate per i bambini e, in particolare, la vaccinazione anti-morbilliosa, cosicché ancora oggi in Italia il morbillo è una malattia che miete vittime e che comporta patologia.

Fermo restando l'iter di aggiornamento del Piano Nazionale Vaccini, richiamato dal DPCM 29 novembre 2001, e fermi restando i contenuti del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, di cui all'*Accordo Stato-Regioni del 13 novembre 2003*, compresa la previsione di introdurre in ogni ASL anagrafi vaccinali informatizzate collegate con le anagrafi di popolazione, si conviene su quanto di seguito evidenziato. Anche le vaccinazioni influenzali per i bambini con diabete e con malattie dell'albero respiratorio sono insoddisfacenti e quindi vi è un'azione da fare estremamente incisiva, se si vuole raggiungere le coperture vaccinali raccomandate dall'OMS. Si tratterà qui di agire attraverso i pediatri per raggiungere i genitori, ma anche di effettuare una campagna di comunicazione centralizzata, tesa a sfatare le credenze che circondano le vaccinazioni e che addirittura vedono gruppi di genitori organizzati per contrastare i programmi di vaccinazione per i loro figli. Per quanto riguarda gli anziani, le vaccinazioni più importanti sono quella anti-influenzale e quella anti-pneumococcica; anche qui vi è una forte azione da svolgere d'accordo con i medici di medicina generale e tramite la comunicazione di massa centralizzata, onde evitare che in Italia gran parte degli anziani non si vaccini e vada incontro a pesanti patologie e mortalità.

3. Il coordinamento del Piano

Al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), tra i cui compiti istitutivi prioritari, di cui al DM 1° luglio 2004, è previsto il coordinamento con le Regioni dei Piani di Sorveglianza e di Prevenzione attiva, sono affidati i seguenti compiti, da attuarsi con le modalità operative e procedure individuate con l'anzidetto decreto:

1. tradurre le linee generali di intervento sopra richiamate in programmi specifici;
2. definire un *cronoprogramma* nazionale di sviluppo degli interventi previsti nei programmi specifici;
3. supportare le singole Regioni nella definizione dei programmi regionali attuativi;
4. verificare il grado di realizzazione dei programmi nelle singole Regioni, anche ai fini di verifica degli adempimenti previsti dall'*art. 1, comma 173, lettera d)* della legge n. 311/2004;
5. dare diffusione delle iniziative e dei progetti di cui al presente Piano in modo univoco e unificato sul territorio nazionale, al fine di evitare iniziative che si sovrappongano e ulteriori spese.

4. In conclusione

Lo Stato e le Regioni hanno condiviso non solo la necessità di un Piano Nazionale della Prevenzione, ma anche l'istituzione di un *Centro Nazionale di Controllo e Prevenzione delle Malattie*, ove lo Stato e le Regioni condividono le scelte strategiche e le modalità operative per attuarle.

Se con questi strumenti, nel giro di tre anni, si riuscirà ad arrestare la crescita dell'incidenza delle patologie più diffuse, in modo da evitare che questa crescita risulti insostenibile finanziariamente per il Servizio Sanitario Nazionale, il primo obiettivo sarà raggiunto ed i successivi affinamenti del Piano, negli anni successivi, permetteranno di arrivare verosimilmente a migliorare lo stato di salute degli Italiani ovunque essi risiedano.

Allo stato attuale delle cose, le Regioni hanno formulato la loro partecipazione al Piano Nazionale della Prevenzione (vedi *Prevenzione Italia, vol. I, II, III, Esse Editore, Cecchina, Roma, 2005. Supplemento al N. 38 di Panorama della Sanità*). Resta da vedere se le azioni concordate verranno realizzate, in che tempi e con quali risultati, da tutte le Regioni italiane.

II. La lotta al tabacco in Italia[†]

Premessa

Un piano strategico per combattere il fumo di tabacco è sul tavolo dei Governi della maggior parte dei Paesi sviluppati. È stato infatti ampiamente dimostrato che il fumo di tabacco, sia attivo che passivo, è una delle principali cause di morte prematura e di morbilità prevenibili. In Italia si ritiene che il fumo sia responsabile di un numero di decessi pari a circa 80.000 ogni anno. Si stima inoltre che nei Paesi sviluppati i costi sanitari dovuti al fumo da tabacco incidano per il 15% sul totale della spesa sanitaria.

Sapevamo per precedenti esperienze che una legge che in qualche modo limitasse la libertà dei fumatori e, indirettamente, le vendite di tabacco, avrebbe avuto un percorso assai difficile in Parlamento dove eravamo consapevoli della esistenza di non pochi deputati e senatori contrari alle limitazioni sul fumo. Il Precedente Ministro della Sanità aveva tentato inutilmente di far passare un testo di legge che venne affondato, proprio alla Camera, impietosamente.

Sia la Commissione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno sollecitato gli Stati membri ad adottare misure di lotta contro il fumo. Un piano strategico al riguardo comprende almeno 3 azioni:

- ridurre il numero di fumatori promuovendo iniziative di disassuefazione;
- prevenire negli adolescenti l'iniziazione al fumo;
- proteggere i non-fumatori dal fumo passivo.

In Italia si è deciso di iniziare da quest'ultima azione.

I. La legge per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo

Le ragioni che ci hanno suggerito di affrontare per prima la terza tematica sono state sostanzialmente due:

- a. alcuni sondaggi avevano rivelato che circa ¾ degli Italiani, ivi compreso un buon numero di fumatori, erano e sono a favore del divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro, così da evitare che i non fumatori siano esposti al fumo passivo;
- b. si è ritenuto che il divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro potesse rafforzare azioni tese a prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani e ad indurre i fumatori a smettere.

Per superare le difficoltà legislative pensammo di attuare una strategia basata sul diritto costituzionale di tutti i cittadini ad avere uguali diritti e uguali doveri (art. 3 della Costituzione). In altri termini, decidemmo di portare in Parlamento il concetto, tradotto in norma di legge, che se era valido il diritto dei fumatori a continuare a fumare, era altrettanto valido il diritto dei non fumatori a non essere intossicati dal fumo di tabacco quando frequentassero locali pubblici o luoghi di lavoro. In particolare, il principio si applicava ai lavoratori operanti nei locali pubblici che, a causa del fumo passivo, subivano un danno per molte ore al giorno (agganciando quindi il provvedimento anche alla 626). In tal modo il Parlamento non avrebbe potuto accusare di proibizionismo il disegno di legge (infatti la vendita di tabacco e il relativo uso continuavano ad essere consentiti), ma non poteva non tenere conto della parità di diritti e doveri dei cittadini di fronte alla Costituzione. Per tutto il 2002 elaborammo questo pensiero e contemporaneamente effettuammo dei sondaggi nell'opinione pubblica, riscontrando che l'80% e più dei cittadini concordavano sul fatto di vietare il fumo nei locali pubblici.

Al termine del 2002, nel contesto del Collegato alla Finanziaria (che poi divenne Legge 16 gennaio 2003, N. 3, Articolo 51), iscrivemmo l'Articolo riportato nell'Allegato 1, accompagnando la nostra azione politica e legislativa con un'intensa campagna di promozione e di informazione.

Le azioni contrarie

Non appena si ebbe notizia della nostra intenzione, si scatenò una campagna promossa principalmente dalla FIPE (affiliata alla Confcommercio), che adombra catastrofiche conseguenze per i locali pubblici in seguito all'eventuale approvazione di questa legge (perdita di lavoro e di denaro, disoccupazione, ecc.). Peraltro ben sapevamo dalla precedente esperienza irlandese e americana che la proibizione del fumo nei locali pubblici non solo non provocava una riduzione degli avventori, ma addirittura un aumento dovuto a coloro che per disturbi dell'apparato cardiovascolare e respiratorio si astenevano a frequentarli a causa del fumo di tabacco.

Va a questo punto notato che la Confcommercio era diventata azionista di minoranza della *British American Tobacco Italia* che aveva acquistato dal Ministero delle Finanze e del Tesoro gli ex Monopoli di Stato; questo spiegava, almeno

[†]Aggiornato nel gennaio 2011.

in parte, l'acerrima campagna diretta e indiretta che la Confcommercio ha attuato contro il provvedimento. In via subalterna, la Confcommercio chiedeva incentivi per la realizzazione di locali per fumatori nei locali pubblici ed in ogni caso insisteva sulla proroga dell'entrata in vigore della legge, nascondendo in tal modo il desiderio di prorogare all'infinito, così da vanificare il provvedimento. Per venire incontro ad almeno una di queste richieste, il testo di legge ha previsto che l'entrata in vigore della legge avvenisse un anno dopo la sua pubblicazione.

Numerose furono le campagne di stampa ad opera di editorialisti anche di fama che, nel nome del contrasto allo Stato etico e, più in particolare, delle libertà civili, invocavano che il provvedimento venisse rigettato, ma così non fu ed esso venne approvato il 16 gennaio 2004. Subito a seguire venne redatto il Regolamento applicativo dell'Articolo 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003 (DPCM 23/12/2003-Allegato 2), inteso a regolamentare le caratteristiche dei locali per non fumatori e la tipologia dei cartelli da esporre, in recepimento dell'Accordo stipulato il 24 luglio 2003 tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano.

I contenuti della legge 16 gennaio 2003 e dei successivi provvedimenti possono essere sintetizzati come segue.

1. Ad eccezione delle case private e dei "locali per fumatori" è proibito in Italia fumare in tutti i locali chiusi, comprese scuole, ospedali, uffici della Pubblica Amministrazione, sugli autoveicoli di proprietà dello Stato o di Enti pubblici o di concessionari di servizi per il trasporto pubblico collettivo, taxi, auto di servizio delle Forze dell'Ordine e assimilate, metropolitane, treni, sale d'attesa di aeroporti, porti, stazioni ferroviarie* e in tutti i sistemi di trasporto urbani, nelle biblioteche, nelle sale di lettura, nei musei, pinacoteche, bar, ristoranti, circoli privati, discoteche, palestre, sale-corse, sale-gioco, sale-bingo, sale video-game, cinema e teatri. Il divieto di fumo si applica anche ai luoghi di lavoro, agli uffici professionali e agli uffici destinati ad utenti interni, come ad esempio uffici di filiali di banche o uffici contabilità di una Società.
2. Non esiste alcun obbligo per dipendenti e titolari di realizzare "locali per fumatori". Riservare locali ai fumatori in negozi e luoghi di lavoro è opzionale. In tal caso comunque i locali devono conformarsi ai requisiti tecnici previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. È chiaro che se il locale non è pienamente conforme alle norme del decreto, potrà essere usato solamente come locale dove è vietato fumare.
3. La Legge 16 gennaio 2003, n. 3 non consente a negozi, servizi e luoghi di lavoro, sia pubblici che privati, di essere riservati unicamente a fumatori, anche se conformi alle norme previste dal decreto 23 dicembre 2003 (cioè dotati di appositi sistemi di ventilazione). Pertanto fumare è consentito unicamente in piccoli spazi di locali dove generalmente è vietato fumare, purché tali spazi secondo quanto previsto dal paragrafo 1b dell'articolo 51 della Legge 3 del 2003 siano adeguatamente attrezzati ed identificati chiaramente come "riservati ai fumatori". Nei luoghi di lavoro gli spazi *ad hoc* riservati ai fumatori si devono intendere come spazi dove è consentito fumare durante gli intervalli di lavoro e dove non venga svolta alcuna attività lavorativa.
4. I "locali per fumatori" devono essere chiaramente contrassegnati come tali e completamente separati dai locali chiusi dove è proibito fumare. A tale scopo i "locali per fumatori" devono essere conformi ai requisiti seguenti (vedi DPCM 23 dicembre 2003):
 - essere ambienti interni chiusi;
 - essere dotati di porte automatiche, tenute generalmente chiuse;
 - essere chiaramente identificati come locali per fumatori;
 - non rappresentare locali obbligati di passaggio per i non-fumatori;
 - essere provvisti di appositi dispositivi meccanici di ventilazione forzata. La portata d'aria minima di ricambio deve essere di 20 l/secondo per ogni persona, presupponendo un indice di affollamento pari allo 0.7 a persona per metro quadrato; = l'aria deve essere emessa all'esterno attraverso impianti idonei e funzionali aperture di sfogo dell'aria;
 - il numero massimo di persone ammesse in un locale secondo la portata dell'impianto deve essere chiaramente indicato sulla porta di ingresso del locale;
 - i "locali per fumatori" devono essere mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pascal;
 - la superficie destinata ai fumatori deve essere inferiore al 50% della superficie totale;
 - progettazione, installazione, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere conformi alle disposizioni regolamentari in tema di sicurezza e di risparmio energetico e alla normativa dell'Ente Italiano Unificazione (UNI) e alla normativa del Comitato Eletrotecnico Italiano (CEI).

*Un recente provvedimento consente di fumare nelle stazioni solo sulle banchine

5. Progettazione, impianto, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere effettuati da personale qualificato che dovrà rilasciare idonea certificazione sulla conformità degli impianti installati con la normativa vigente.

Per effettuare controlli e certificazioni, compresi quelli sulla funzionalità dei sistemi di espulsione e i controlli annuali di manutenzione dei sistemi di ventilazione, le certificazioni dovranno essere conservate a disposizione delle autorità competenti.

6. I gestori di locali privati (ad esempio dirigenti, proprietari e direttori) sono non solo tenuti a segnalare ai clienti, con l'apposizione di idonei avvisi, che "è vietato fumare", ma hanno anche l'obbligo di dissuadere i trasgressori nel caso di violazione del divieto. Infatti, secondo l'articolo 2 della legge 11 novembre 1975, n. 584, tuttora in vigore, i proprietari "sono tenuti a far osservare il divieto..." .

Se i gestori di locali, sia pur in conformità con la regolamentazione sugli avvisi di divieto, non metteranno in atto interventi attivi di dissuasione nei confronti dei trasgressori, saranno soggetti ad un'ammenda che oscilla dai 200 ai 2000 Euro in base all'articolo 52, paragrafo 20 della legge 218 dicembre 2001, n. 448*. L'autorità competente avrà la facoltà di sospendere temporaneamente (da 3 giorni a 3 mesi) o revocare la licenza d'esercizio del locale.

Secondo l'articolo 4, lettera c) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i gestori di locali privati o collaboratori da loro delegati sono tenuti a richiamare i trasgressori all'osservanza del divieto. Se i trasgressori non vi si adegueranno, i gestori o i collaboratori da loro delegati potranno chiamare un pubblico ufficiale. Ai trasgressori verrà comminata dal pubblico ufficiale un'ammenda variabile dai 25 ai 250 Euro.

7. Sui luoghi di lavoro i Direttori responsabili preposti dovranno identificare formalmente il personale incaricato a far rispettare il divieto di fumare e ad accertare e contestare le infrazioni. In assenza di un'identificazione formale, spetta agli stessi Direttori responsabili esercitare tale funzione.

Sia nelle strutture pubbliche che in quelle private le sanzioni potranno essere comminate da agenti della polizia locale, guardie giurate o pubblici ufficiali, sia di propria iniziativa, sia se richiesto nell'ambito della loro attività lavorativa.

8. Secondo l'interpretazione della legge, il termine "utente" (vedi paragrafo 1, lettera a) non si applica solo ai clienti dei locali pubblici, ma anche al personale che in essi svolge la propria attività lavorativa.

L'effetto della legge

In tal modo il 10 gennaio 2005 la legge divenne pienamente operativa ed i dati raccolti nei mesi immediatamente successivi dimostrarono:

1. la piena accoglienza da parte della popolazione del provvedimento e il rispetto di esso;
2. l'esiguo numero di infrazioni rilevate soprattutto dai Carabinieri per la Salute;
3. l'adesione di molte grandi Aziende al provvedimento e, prima fra esse, Trenitalia, avendo questa ampiamente compreso che, evitando di fumare in Azienda, poteva migliorare lo stato di salute dei lavoratori, diminuivano le assenze e diminuivano anche i costi relativi alla manutenzione e quelli delle polizze assicurative che le Aziende dovevano sostenere prima che il provvedimento entrasse in vigore.

Redigemmo a titolo di esempio un elenco delle Aziende *non smoking* ovvero di quelle che promuovevano azioni anche dimostrative a favore della assenza di fumo nei luoghi di lavoro.

A partire dall'1 gennaio 2005 è stato avviato un piano di monitoraggio per valutare l'efficacia della legge. Tale piano prevedeva:

- raccolta di dati da parte dei NAS incaricati di sistematici controlli a campione;
- raccolta di dati da parte delle autorità sanitarie locali sui posti di lavoro;
- indice di tendenza della vendita di sigarette;
- indice di tendenza della vendita di prodotti antifumo.

Il monitoraggio effettuato a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha evidenziato, secondo quanto emerso nei primi 4 mesi del 2005, quanto segue:

- le infrazioni contestate dai NAS a seguito di 5597 ispezioni sono state 276 ma solamente 89 di queste (1,60% del totale delle ispezioni effettuate) riguardavano trasgressioni commesse in zone di divieto, mentre 187 si riferivano a violazioni degli obblighi di controllo da parte dei proprietari di locali pubblici (principalmente inerenti all'esposizione degli avvisi di divieto di fumare secondo quanto previsto dalla legge);
- nel corso di questi 4 mesi si è riscontrato un calo nella vendita di sigarette pari a 138 milioni di sigarette in meno rispetto al corrispondente periodo del 2004 (circa l'8% in meno che su base annuale è pari a circa il 6%);

*Un ricorso al Tar contro questa responsabilità dei gestori da parte della Confcommercio è stato accolto e quindi questa parte della norma è decaduta.

- si è contemporaneamente registrato un indice di incremento di circa il 90% nella vendita di prodotti antifumo contenenti nicotina.

Un'indagine condotta sull'indice di gradimento della legge da parte della popolazione, indica che circa % dei gestori di locali pubblici condivide il vero significato della legge e considera il fumo passivo una minaccia alla propria salute e a quella dei propri dipendenti. Inoltre non si riscontra alcuna riduzione del numero di clienti, anzi un aumento del 2,2% secondo un'indagine pubblicata il 7 novembre 2005 su "Annals of Oncology".

Un'altra indagine condotta dal CENSIS (Centro Italiano Investimenti Sociali) nell'ottobre 2005 ha rivelato che il 4,4% degli Italiani aveva smesso di fumare, mentre il 6,8% aveva notevolmente ridotto il numero di sigarette.

Un'ulteriore indagine effettuata dall'ISTAT all'inizio del 2006 ha messo in evidenza che 500.000 Italiani avevano smesso di fumare con un decremento di accidenti cardiovascolari nelle Regioni valutate intorno al 7%.

Nel dicembre 2005 in Veneto è stato realizzato, in collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, uno studio pilota descrittivo ed osservazionale per monitorare l'osservanza del divieto di fumo negli Uffici Comunali, in particolare negli Uffici Anagrafe e nelle loro zone di attesa. Lo studio è stato condotto a livello locale dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie in collaborazione con l'ANCI Veneto. Sono state coinvolte 15 Aziende Sanitarie Locali (su 21) e monitorati 212 Uffici Anagrafe Comunali (dati disponibili al 10.10.2006 per 179). La rilevazione si è svolta mediante visita e intervista diretta effettuata dal personale del comparto dei Dipartimenti di Prevenzione. I principali risultati relativi al rispetto della normativa sono i seguenti:

- il 91% dei dipendenti intervistati dichiara che i colleghi rispettano la legge;
- il 95% dei dipendenti intervistati dichiara che gli utenti rispettano la legge;
- nell'82% delle sale di attesa visitate sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;
- nel 61% degli Uffici Anagrafe sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;
- nel 3% degli Uffici visitati si è osservata la presenza di almeno un fumatore.

Nello stesso anno la Corte di Giustizia di Roma ha condannato il Ministro della Ricerca e dell'Istruzione a rimborsare un importo di circa € 400.000 a un impiegato del Ministero che, essendo stato per anni esposto al fumo passivo sul posto di lavoro, aveva sviluppato un cancro ai polmoni. Dopo questa sentenza è possibile prevedere un consistente aumento delle Società impegnate a far osservare il divieto di fumo, come ad esempio Trenitalia che è stata una delle prime Società in Italia ad applicare il divieto di fumare su tutti i treni in circolazione.

Nel 2005 venne anche avviata una ricerca da parte di alcune Regioni italiane e, primariamente, della Regione Piemonte che dimostrò come, rispetto al precedente periodo, nel 2005 si fosse rilevata una riduzione dell'incidenza di infarto miocardico acuto del 7% circa, a dimostrazione dell'efficacia del provvedimento sulla salute pubblica.

Più recentemente il dato positivo si è confermato: nei primi 8 mesi del 2007 i Carabinieri per la Sanità su 2.800 ispezioni a campione hanno rilevato solo 189 infrazioni, pari al 6% dei controlli effettuati.

Nel 2008 un Gruppo di ricercatori italiani ha pubblicato su Circulation¹ i risultati di uno studio che ha paragonato l'incidenza di infarto miocardico acuto e di angina instabile nella città di Roma, prima e dopo il 2005, rilevando che tale incidenza si è ridotta nel periodo successivo all'entrata in vigore della Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori dell'11,2% nelle persone di 35-64 anni e del 7% in quelle di età compresa fra i 65 e i 74 anni. Gli autori ritengono che i favorevoli risultati riscontrati siano la conseguenza della riduzione dell'esposizione al fumo passivo determinata dalla legge.

Ad oggi (2010) permangono i risultati dell'applicazione della legge, evidenziati grazie all'attività di monitoraggio, avviata fin dal 2005 e tuttora in corso.

In particolare, le vendite di sigarette si sono ridotte del 2,2%, rispetto al 2009. Secondo i dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), nel corso del 2009 sono stati venduti oltre 106 milioni di pacchetti in meno (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Le vendite totali sono tornate a livelli inferiori di quelli di 20 anni fa e, da quando è entrata in vigore la legge, la diminuzione delle vendite di sigarette è stata pari a circa il 12% con una diminuzione media di 1,7% l'anno.

Per quanto riguarda il rispetto della legge, la popolazione si è dimostrata generalmente favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. E i dati indicano un buon livello di osservanza in tutto il Paese.

Su mandato del Ministro della Salute, i Carabinieri per la Sanità – NAS, dal 2005 ad oggi hanno compiuto circa 17.400 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali e sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma.

Nel 2010 i NAS hanno eseguito un totale di 3.143 ispezioni, controllando più di una volta le tipologie di luoghi in cui maggiormente è apparso in passato evidente un mancato rispetto della legge (discoteche ed ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare 269 infrazioni (8,6% del totale): 114 a persone che fumavano dove vietato (3,6%) e 155

per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (5,9% del totale). È importante, dunque, continuare tale azione di monitoraggio e vigilanza, visto che, anche se i valori sono ancora contenuti, le multe ai fumatori sono raddoppiate rispetto al 2005.

I risultati dell'anno appena trascorso, quindi, se da un lato sono incoraggianti, dall'altro mostrano quanto ci sia ancora da fare e quanto sia necessario mantenere alta l'attenzione delle istituzioni, dei mezzi di comunicazione e dei cittadini "sull'epidemia" di tabagismo, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In particolare gli sforzi vanno mirati sui cittadini più giovani. In Italia l'1% circa dei maschi e lo 0,2% delle femmine di 11 anni ha dichiarato di fumare con frequenza almeno settimanale. La quota di ragazzi che riferisce tale abitudine cresce nel passaggio tra i 13 (4,4% maschi-3,68% femmine) e i 15 anni (19% maschi-19,4% femmine). Inoltre, mentre fra i più giovani sono i maschi a fumare di più, man mano che l'età aumenta, i tassi di maschi e femmine diventano molto simili o, addirittura, superiori nelle femmine.

A seguito di queste considerazioni possiamo concludere che la *Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori* ha avuto un ottimo grado di recepimento da parte della popolazione. I dati indicano che la popolazione ha non solo accolto la legge con favore, ma la fa anche rispettare. Inizialmente questi risultati non erano affatto scontati ed era arduo anche pensare che la legge potesse passare facilmente nel Governo e in Parlamento. Una ragione del successo è a mio avviso che la legge non è proibizionista; infatti è garantito il diritto dei fumatori a fumare. La novità è però costituita dal fatto che è garantito anche il diritto dei non fumatori a non subire i danni e i fastidi del fumo passivo. La parità dei diritti è alla base della Costituzione italiana e proprio il richiamo a questa uguaglianza dei cittadini ha fatto sì che la legge non potesse essere bloccata. A ciò si aggiunga che i benefici per il personale che lavora in locali pubblici, ma anche privati, sono apparsi subito evidenti e oggi è comune sentire cittadini che dichiarano di poter frequentare locali che un tempo erano loro sgraditi per la nube di fumo che vi regnava. Altri cittadini riferiscono di sentirsi a disagio quando, all'estero, si trovano in Paesi dove è consentito fumare nei ristoranti e nei bar.

Oltre ai provvedimenti maggiori, altre iniziative sono risultate utili; ad esempio la chiusura dei distributori automatici di sigarette durante le ore diurne per impedire l'accesso ai minori. Di converso, gran parte dei ricorsi attivati contro il provvedimento sono stati rigettati dalle Magistrature competenti; unica eccezione l'obbligo per i gestori dei locali pubblici di chiamare le Forze dell'Ordine nel caso di resistenza degli avventori all'ammonimento di cessare di fumare laddove proibito.

L'Italia è stata un laboratorio, un banco di prova per altri Paesi che, incoraggiati dai risultati positivi registrati, hanno replicato la legge di protezione dei non fumatori, a cominciare dalla Svezia, seguita dalla Spagna, dall'Inghilterra e dalla Francia. In Francia l'iniziativa è stata sottoposta all'Assemblea Nazionale dopo che il suo Presidente ha verificato personalmente in Italia il successo dell'iniziativa ed ha avuto con me un ampio scambio di vedute.

Sappiamo, tuttavia, che il calo di vendite di sigarette ha scatenato un'offensiva da parte dei produttori di sigarette che hanno un potere economico elevato e sono notevolmente abili nell'elaborare strategie atte a contrastare quelle promosse per il miglioramento della salute pubblica.

In effetti le multinazionali del tabacco non stanno perdendo tempo e continuano ad attuare iniziative promozionali più o meno palesi. In particolare, la loro azione è diretta ai giovanissimi per indurli ad iniziare il fumo e utilizzano allo scopo tutti i mezzi possibili di propaganda indiretta. Purtroppo recentemente si è affievolita di molto l'azione che le Istituzioni dovrebbero intraprendere per promuovere una controinformazione al sottile veleno che viene continuamente immesso nei canali informativi e intensificando i controlli che, al contrario, continuano ad essere troppo limitati.

Oltre ai controlli si è peraltro fermata l'azione strategica di Governo che prevedeva una forte azione nei confronti dei giovanissimi per prevenire l'iniziazione al fumo, l'attivazione di una rete di servizi gratuita per i fumatori che desiderano smettere di fumare, una forte azione di contrasto della pubblicità occulta dei produttori che continua anche nel nostro Paese. Un recente lavoro indica che per la pubblicità del tabacco l'industria ha speso nel 2003 negli Stati Uniti 15,2 miliardi di \$ contro i 5,7 miliardi di \$ spesi nel '97. La presenza di fumatori nei film (che sappiamo correlata direttamente alla quantità di fumatori nei giovani) è cresciuta dal 1990 al 2002, anno in cui si sono raggiunti i livelli del 1950².

II. La lotta al fumo dei giovani oggi

Nel mondo occidentale oggi tutti sanno e tutti riconoscono che l'uso del tabacco nuoce gravemente alla salute. Fin dalla metà del XX secolo la ricerca clinica ha dimostrato con dovizia sempre maggiore di dati il potere nocivo del tabacco su tutti i tessuti e gli organi dei fumatori, identificando in esso la prima causa di morte prevenibile. L'uso del tabacco comporta 443.000 morti premature l'anno in USA e 80.000 in Italia. Ma non sono solo i fumatori attivi a pagare questo caro prezzo; anche il fumo passivo è nocivo e determina l'1% di tutte le morti nel mondo. La cosa non meraviglia se si considerano le decine di prodotti tossici che il tabacco contiene naturalmente o sprigiona con la

combustione o assorbe dall'esterno durante la sua coltivazione o riceve sotto forma di additivi per mascherare gli effetti negativi e riuscire più gradevole ai fumatori. Fra i primi basti citare il fenantrene e altri composti aromatici ciclici che sono sostanze cancerogene di prima classe, o l'ossido di carbonio che si lega saldamente all'emoglobina del sangue e le impedisce di trasportare ossigeno ai tessuti peggiorando così situazioni come l'ischemia cardiaca o cerebrale. Ma vi è di più. Durante la coltivazione del tabacco, nel momento della formazione del germoglio, la pianta deve essere irrorata con un prodotto chimico altamente tossico, che si aggiunge ad altre sostanze chimiche che i coltivatori impiegano per proteggere le piante e che si ritrovano nelle foglie e quindi nelle sigarette. Infine vi sono gli additivi (fino ad oggi non dichiarati e non del tutto conosciuti) che le aziende produttrici aggiungono al tabacco per frenare la tosse, ridurre l'alitosi, potenziare l'assuefazione.

Di tutto ciò il grande pubblico sa poco o nulla perché le aziende produttrici per oltre un secolo hanno messo in atto politiche di occultamento della verità e di vera e propria mistificazione. In particolare la loro pubblicità ha impiegato strategie talmente innovative ed efficaci da creare modelli di comportamento contrari non solo alla salute dei singoli consumatori ma anche contrari agli interessi dell'intera società. Ai primi del Novecento il modello imposto è stato quello elitario: il fumatore appartiene alla società più ricca ed elegante. Alcuni anni più tardi l'uomo che fuma diviene simbolo non tanto di una élite affermata quanto di virilità e di forza. E la donna che fuma è emancipata, bella e magra. Nella campagna **Virginia Slim** addirittura la sigaretta diventa il rimedio per prevenire il sovrappeso e la donna che fuma è giovane, amata, libera da schemi sociali del passato che la tenevano prigioniera. In **Marlboro Country** l'uomo è maschio, coraggioso, vincente. Questa figura simbolica segue da vicino quella del soldato americano che porta libertà al mondo liberando i popoli oppressi dal bisogno, sempre ottimista e sorridente.

In questo mondo di vincenti tutti fumano: medici, attori, sportivi. Più recente, e ancora oggi proposto, è il messaggio del fumatore che socializza e si diverte nel gruppo dei coetanei. Di conseguenza il giovane che non fuma risulta escluso dal gruppo degli amici più evoluti, più adulti (meno bambini), più ammirati e amati. Nelle ragazze fumare è sinonimo di emancipazione, coraggio di affrontare le situazioni della vita, sfida per quei parrucconi che vorrebbero ancora una donna semplice e sottomessa.

Accanto alla pubblicità (che in USA nel 2003 è costata alle aziende produttrici 15,2 miliardi US \$ contro un valore di 5,7 miliardi US \$ spesi nel 1997) un coscienzioso investimento è stato effettuato dalle multinazionali del tabacco per finanziare movimenti d'opinione, ricerche a loro favorevoli (ad esempio quelle tese a dimostrare che il fumo passivo non sarebbe nocivo), ricerche o campagne istituzionali di Enti pubblici o privati comprese alcune Università, produzione di film dove ricorre spesso l'immagine del protagonista che fuma, eventi sportivi, sostegno economico ai produttori di tabacco con il consenso dei rispettivi governi, diversificazione del business per lanciare il marchio non sulle sigarette ma su altri prodotti, campagne elettorali di singoli candidati o partiti, stuoli di celebri avvocati per vanificare procedimenti giudiziari intentati da consumatori per danni causati da occultamento delle informazioni sui pericoli per la salute, ecc.

Ad eccezione della pubblicità diretta, proibita in molti Paesi evoluti, tutte queste azioni di fiancheggiamento e pubblicità indiretta continuano anche oggi e in particolare si sono rafforzate in due ambiti:

1. penetrazione nei Paesi in via di sviluppo;
2. iniziazione al fumo di giovani e giovanissimi in tutti i Paesi del mondo.

Sono questi i target primari delle multinazionali del tabacco. Miliardi di dollari investiti, pubblicità diretta e indiretta di grande efficacia, occultamento e mistificazione della verità fanno sì che nel mondo più evoluto il 20-25% dei cittadini fumi, che nei Paesi in via di sviluppo questi valori raddoppiano e che in ogni parte del mondo il fumo inizi per lo più al di sotto dei 18 anni d'età: proprio il numero di fumatori al di sotto dei 18 anni è oggi considerato un indicatore dell'efficacia delle azioni di contrasto al fumo di tabacco. L'alto valore di questo indicatore, ben lontano da quel 12% fissato da *Healthy People 2010* come obiettivo per gli USA (obiettivo n. 27-1a), ci dimostra con spietata chiarezza che le azioni di contrasto messe in campo dai singoli Governi sono inadeguate sotto il profilo sia quantitativo sia qualitativo.

È arrivato il momento di cambiare giacché, se è vero che può esserci cambiamento senza progresso, è altrettanto vero che non ci può essere progresso senza cambiamento. E ciò vale in particolare a livello della comunicazione con i giovani. Questo è infatti l'ambito che a mio avviso non è stato affrontato in modo corretto e che va prioritariamente rivisto. Infatti i provvedimenti per vietare il fumo nei locali pubblici e luoghi di lavoro sono adottati o in via d'adozione in molti Paesi evoluti e hanno dimostrato tutta la loro efficacia. Altrettanto dicono per la rete di servizi messa a disposizione dei fumatori che vogliono smettere, anche se è indispensabile rendere gratuiti questi servizi. Ma per impedire che i giovani inizino a fumare la cosa è diversa! Dove abbiamo sbagliato?

Io credo che tutti gli sforzi per far sapere che l'uso del tabacco è nocivo per la salute, certo utili ed efficaci per gli adulti, sono poco utili per la popolazione giovanile.

Il giovane pieno di vita non vede un pericolo significativo e un deterrente in un possibile danno per la salute che si potrà instaurare molti anni più tardi, mentre vede e apprezza il modello di apparire più adulto e di essere incluso nel gruppo dei "grandi ed emancipati" se fumatore. Alcuni di loro inoltre, pur accettando che il fumo nuoce alla salute, ritengono di poter smettere con facilità quando lo vorranno.

Alla luce di queste considerazioni comprendiamo come gli sforzi fatti finora per prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani siano stati poco o nulla efficaci.

Più che sottolineare l'aspetto medico del problema potrebbe essere utile considerare quelli comportamentali e sociali. Quanti giovani hanno capito di essere vittime di una strategia esperta e cinica che trae profitti enormi dalla loro ingenuità, indifferente ai danni causati alla loro salute? Non uomini forti e donne emancipate quindi, ma strumenti usati da alcuni per accumulare denaro: multinazionali esperte che sanno occultare molte cose e usano la pubblicità occulta per catturare i soggetti più ingenui e con personalità più debole. Quanti giovani sanno che il fumo di tabacco è un pericoloso inquinante ambientale giacché disperde nell'ambiente veleni volatili e non volatili (che si depositano negli ambienti e continuano a creare danno anche se lo scambio dell'aria avviene con ventilazione forzata), e dei mozziconi che persistono per decenni nel suolo.

Magari ci battiamo per un ambiente migliore, per la riduzione del traffico veicolare, per limitare l'uso dei prodotti chimici in agricoltura e degli antibiotici negli allevamenti animali, ma non ci preoccupiamo se si fuma nelle case o nelle automobili avvelenando l'aria ai nostri coniugi e ai nostri bambini, dando a questi ultimi un pessimo esempio che li indurrà più facilmente a diventare fumatori.

Ma è soprattutto l'aspetto sociale del fumo che va sottolineato. Il fumatore è un soggetto socialmente criticabile perché non solo rappresenta il modello di una persona debole che per vivere e operare ha bisogno del continuo stimolo di una droga, non solo non si cura della salute propria e altrui, non solo inquina l'ambiente, ma per di più scarica su tutta la società i costi delle sue malattie e delle sue assenze dal lavoro provocate dal fumo, un costo che è stato stimato in USA in circa 3 US \$ per fumatore. Proprio per questo motivo la società tollera ma disapprova il fumo di tabacco. Il messaggio che identifica il fumatore come soggetto debole e prigioniero di speculatori senza scrupoli, riprovevole perché nocivo a se stesso e alla società in cui vive, dovrebbe raggiungere i giovani attraverso tutti i canali a loro più accetti, soprattutto il mondo della rete, in particolare i *social network*, con una pubblicità martellante, che smascheri i sotterfugi e le astuzie maligne dei produttori e valorizzi la consapevolezza, la conoscenza, l'autonomia e la personalità dei giovani, contrastando la pubblicità menzognera e fuorviante dei produttori di tabacco. Si tratta di fare proprie le tecniche della cosiddetta *media education* che si propone di educare i cittadini a chiedersi quale interesse si nasconde dietro ai messaggi che i mezzi di comunicazione veicolano.

Una campagna di "marketing sociale" continua, intensa e ben fatta come quella soprattratteggiata dovrebbe affiancare altre iniziative dello Stato, quali l'aumento delle accise sulle sigarette, l'eliminazione dei sussidi ai coltivatori di tabacco, il divieto della pubblicità ingannevole, provvedimenti tutti che a mio avviso possono essere adottati in quanto il tabacco non rappresenta un normale bene di consumo e non è necessario alla vita dell'uomo. Una campagna del genere è certo costosa ma, conti alla mano, è sempre vantaggiosa se si calcolano i danni prevenibili a medio e lungo termine. Il Piano Nazionale della Prevenzione, inserito nel contesto della Finanziaria per il 2004, aveva queste finalità che sono ancora tutte da conseguire.

Forse la strada è difficile, l'attenzione e lo studio dei problemi ancora insufficienti, le risorse troppo esigue. Forse gli interessi economici che ruotano intorno alla produzione e vendita dei tabacchi sono così elevati da paralizzare anche gli spiriti più nobili e intraprendenti. Nel caso della Legge per la "Tutela dei non fumatori dal fumo passivo" (Legge 16 gennaio 2003 n. 3 articolo 51) è stato determinante il sostegno della maggior parte della popolazione e di alcune NGO che potrebbero influire positivamente anche in questo caso.

III. Proposta di un Piano d'Azione per l'Italia

Dopo aver implementato il 10/1/2005 la legge che bandisce il fumo da tutti i locali pubblici e i luoghi di lavoro, bisogna attivare una **campagna nazionale di marketing sociale** impostata sui seguenti concetti e sostenuta da conseguenti azioni istituzionali*:

- a. chi fuma è vittima delle strategie di multinazionali senza scrupoli che lucrano pur sapendo di nuocere grandemente alla salute dei fumatori (sia attivi che passivi) e all'economia nazionale. Chi fuma è un debole plagiato e non percepisce di essere usato come strumento per arricchire alcuni soggetti spregiudicati;

Azioni conseguenti:

* *Attenzione! La campagna di marketing sociale deve essere impostata e condotta con metodo scientifico, che includa un progetto ben fatto e la valutazione dei risultati. Essa deve svilupparsi e durare almeno 3 anni. Essa è molto conveniente in termini economici solo a queste condizioni.*

- intensificare i controlli sul divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro da parte delle Forze dell'Ordine e ispettori delle ASL;
 - eliminare i locali per fumatori nei suddetti luoghi, come richiesto espressamente dalla Convenzione contro il tabacco del WHO, sottoscritta da oltre 170 nazioni inclusa l'Italia;
 - vietare il fumo anche all'aperto nei luoghi assembrati quali stadi, ristoranti, bar e cinema all'aperto, ecc.
- b.** Il tabacco non è un bene di consumo ordinario, ma un prodotto pericoloso per la salute e per l'ambiente. Esso viene tollerato dalla Società in quanto non è per ora possibile proibirlo, ma la Società ritiene che il suo uso sia riprovevole.
- Azioni conseguenti:**
- abolire i distributori automatici di sigarette;
 - vigilare e punire coloro che vendono tabacco ai minori di 18 anni;
 - contrastare duramente la pubblicità diretta (film o altri momenti nei quali vengono mostrate persone che fumano, eventi sportivi sponsorizzati da aziende che producono sigarette) e indiretta (uso dei marchi per proporre linee di prodotti diversi dal tabacco, sponsorizzazioni di Istituzioni pubbliche e private anche per fini apparentemente nobili, ecc).
- c.** Il fumo danneggia l'ambiente, crea disturbo a molti, danneggia tutti. Chi fuma inquina l'ambiente. Pertanto il fumatore nuoce alla società e la costringe a sostenere dei costi sia sanitari, sia per le giornate lavorative perse, sia per i danni ambientali (inquinamento, incendi, ecc).

- Azioni conseguenti:**
- non si devono disperdere i mozziconi nell'ambiente. Chi fuma deve essere responsabile anche dello smaltimento dei mozziconi;
 - è necessario aumentare le accise sul tabacco in modo progressivo e in misura consistente, destinando gli introiti al finanziamento delle azioni di marketing sociale.
- d.** È un diritto dei feti, dei bambini e degli adolescenti non essere esposti al fumo passivo. Per gli ultimi due, inoltre, è stato dimostrato che l'esempio di chi fuma (specie i modelli più importanti come i genitori, gli insegnanti, i divi preferiti) comporta un maggiore rischio di iniziazione al fumo.

- Azioni conseguenti:**
- divieto di fumo in auto, perché ciò comporta una elevata concentrazione di sostanze tossiche nell'aria e un aumentato rischio di incidenti quando l'autista fuma;
 - richiamo continuo ai genitori perché non fumino e non facciano fumare in casa e in altri ambienti chiusi, anche se privati, quando sono presenti minori di anni 18 o donne gravide.
- e.** Il fumatore va aiutato a smettere se lo desidera.

- Azioni conseguenti:**
- trattamento antifumo gratuito meglio se presso i centri anti-fumo;
 - associazione delle imprese senza fumo e sua rappresentanza nelle Commissioni anti-fumo delle Istituzioni;
 - impegno volontario delle suddette imprese ad aiutare i propri dipendenti a smettere di fumare e a collaborare con le istituzioni sanitarie.

IV. Considerazioni finali

L'evidenza scientifica sui danni e sui costi sanitari e sociali del fumo di tabacco è oggi conclamata, ma colpisce l'inerzia con cui sia le Istituzioni, sia i medici e le loro Società Scientifiche contrastano questa pratica nociva, peraltro sostenuta con larghi mezzi dai gruppi di interesse. Sarebbe auspicabile che le organizzazioni mediche, in unità con il Ministero della Salute, imponessero all'attenzione del Governo e del Parlamento un'azione più decisa di contrasto al fumo e non assecondassero l'inerzia o la "malpractice politica"³. Le stesse organizzazioni mediche inoltre dovrebbero assumersi il compito di impegnare tutti i medici ad esercitare un'azione di contrasto al fumo iniziando dall'identificare i fumatori, consigliare loro di smettere e sostenerli in tale decisione.

Bibliografia

1. G. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA - Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events.
Circulation 117, 1183-88, 2008.
2. CDC - Cigarette use among high school students - United States, 1991-2005.
MMWR 55, 724-26, 2006.
3. Oakley GP - Delaying folic acid fortification of flour.
BMJ 324, 1348, 2002.

III. Efficienza e qualità del Servizio Sanitario Nazionale

- Nel 2001, con un Accordo Stato-Regioni, sono stati definiti i LEA, ossia le prestazioni sanitarie che le Regioni si impegnavano ad erogare ai cittadini a fronte della quota loro spettante del Fondo Sanitario Nazionale.
- In quell'occasione non venne però definita né la quantità delle prestazioni che dovevano essere assicurate (cioè il numero di ogni prestazione per milione di abitanti), né la qualità minima di queste prestazioni.
- Ciò venne stabilito dalla Finanziaria per il 2005, che ha imposto lo studio e l'applicazione entro il giugno 2005 degli standard (minimi) di quantità e qualità, che devono essere assicurati in ogni Regione. Ciò significa non solo garantire analogo trattamento a tutti gli Italiani, indipendentemente da dove vivono (e quindi eliminare il divario Nord-Sud), ma anche dimensionare i servizi perché si eliminino le liste d'attesa o, di converso, si riducano gli sprechi legati all'eccesso di offerta (ad esempio troppi Centri di Cardiochirurgia inducono ad aumentare il numero di pazienti operati, largheggiando nelle indicazioni ed aumentando la spesa).
- Alla fine del 2005 la metodologia per definire gli standard era pronta, ma finora né i successivi Ministri della Salute, né le Regioni hanno ritenuto di utilizzarli. Il metodo per la definizione degli standard di quantità è stato realizzato da *Campari e Coll* per il Ministero della Salute (*Campari M – La variabilità dei consumi. In: Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza. Edizioni ETS s.r.l., Pisa, N. 164, 2007*). Gli Autori hanno dapprima misurato il numero di ricoveri fornito da ogni ASL italiana ai propri residenti. Tale misura è stata effettuata per ciascuna tipologia di ricovero secondo una classificazione internazionale di tipo clinico. Ne è emersa una variabilità enorme da Regione a Regione e da ASL ad ASL con alcune ASL che fornivano un numero di prestazioni doppio o triplo (o più) rispetto ad altre. Per definire gli standard, gli Autori hanno ritenuto di assumere un intervallo costruito con criteri statistici tale da evitare le situazioni in cui le prestazioni erano erogate in eccedenza (ad esempio la cardiochirurgia nella Regione Lombardia o i ricoveri medici per patologie croniche nelle Regioni del Sud) o in difetto (ad esempio l'angioplastica in alcune Regioni meridionali).
- L'utilizzo degli standard consentirebbe alle Regioni due grandi progressi nella Sanità:
 1. dimensionare adeguatamente i servizi così da evitare le liste d'attesa o gli sprechi;
 2. utilizzare l'istituto dell'accreditamento (cioè dell'ammissione dei providers a lavorare per il Servizio Sanitario Regionale) per realizzare un **Sistema della Qualità** che oggi in Italia non esiste e che consentirebbe di evitare molti episodi di malasanità.
- Quello che in realtà manca è la capacità delle Regioni di svolgere il loro principale ruolo in Sanità: cioè il cosiddetto **commissioning**, che consiste nell'individuare i bisogni sanitari della loro popolazione e il modo per soddisfarli e lo **strategic purchasing**, ossia l'accreditamento dei providers che rispondono a requisiti di efficienza, appropriatezza e qualità, monitorandone sistematicamente le prestazioni.

Regioni e accreditamento

I tre principali tipi di requisiti per la qualità richiesti per l'accreditamento sono:

1. recepire gli **standards of care minimi**: i provider devono usare i protocolli e le Linee Guida (per esempio per il diabete) fatti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR);
2. i provider devono avere un programma documentato di QA con *internal audit*;
3. recepire i **targets di qualità minimi**, sia di processo (ad esempio i tempi di attesa per le più importanti procedure) che di outcome, fatti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR).

Le Regioni devono:

- monitorare i risultati di *performance* anche con un corpo di qualificati ispettori;
- rivedere periodicamente i contratti con i soggetti accreditati;
- verificare l'*audit* a campione per verificare efficienza, appropriatezza e qualità dei provider.

È preliminare che i **targets di servizio** siano definiti sui bisogni e desideri delle popolazioni servite ("Purchasing to improve health systems performance", Editors: J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski, pubblicato dall'European Observatory on Health Systems and Policies Series, pag. 65, 217-232, 2005).

- Per quanto riguarda la qualità/*performance* delle prestazioni sanitarie, questa è oggi misurabile. Il *gold standard* è rappresentato dalla misura degli *outcomes* (esiti); ciò è stato fatto in Italia per il trapianto di organi e per il bypass aortocoronarico. I risultati di tutti i provider sono disponibili sulla rete (<http://bpac.iss.it/risultatistudio/mdno/>) e permettono ai cittadini di avere informazioni corrette e a ogni Centro di Trapianto di confrontarsi con i rimanenti Centri e di sentirsi stimolati a migliorare la propria *performance*.

Quando la misura degli *outcomes* non è possibile, si procede a misurare il processo, giacchè questo si correla abbastanza bene con l'*outcome*. Per processo si intende una procedura di prevenzione, diagnosi, cura o riabilitazione che viene effettuata secondo una linea-guida basata sull'evidenza, e preparata da un organismo ufficialmente designato dal Ministero della Salute. In Italia l'organismo da me designato è stato l'*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali* supportata dalle Società Medico-Scientifiche accreditate dal Ministero della Salute. L'*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali* ha lavorato a realizzare Linee Guida per oltre 3 anni, ma anche in questo caso il lavoro non è stato portato a termine e dovrebbe essere portato a termine e integrato a costruire un Sistema Qualità. Per fare questo il Ministero della Salute e le Regioni dovrebbero congiuntamente identificare tutti i principali processi, definire i target da raggiungere, definire gli indicatori di valutazione e realizzare un idoneo sistema informativo che consenta ai dati di fluire regolarmente, così da consentire automaticamente il monitoraggio di performance di ogni erogatore di servizi sanitari accreditato o non accreditato. Infine è necessario realizzare un *sistema di audit* a campione e utilizzare tutte queste informazioni per la conferma dell'accreditamento e dell'autorizzazione all'erogazione di servizi sanitari del *provider*.

- In Gran Bretagna i target e gli indicatori sono suddivisi in:

1. indicatori di salute;
2. indicatori di spesa;
3. indicatori di efficienza e di qualità (processo e outcome).

Indicatori usati dal National Health System a livello macro

(vedi Alvarez Rosete e Coll., BMJ 331, 946, 2005)

A. Indicatori di salute

1. Life expectancy, per sessi per altri sottoinsiemi (pazienti in RSA, diabetici)
2. Indicatore di rischio di mortalità a 4 anni negli anziani (Lee e Coll.) (?)
3. Mortalità perinatale e mortalità infantile/1000 abitanti

B. Indicatori di spesa

1. Spesa annua pro capite
2. N. di letti/1000 abitanti (per acuti, per cronici)
3. N. di medici e di staff/1000 abitanti
4. Occupazione dei letti (per acuti e per cronici)
5. N. di appuntamenti ambulatoriali/1000 abitanti/anno
6. N. di procedure ambulatoriali/1000 abitanti/anno
7. N. di ricoveri/1000 abitanti/anno
8. Produttività = N. di prestazioni ambulatoriali, prestazioni in day hospital e ricoveri/medico e infermiere
9. N. di interventi chirurgici per tipo e per anno
10. Prescrizione di statine/1000 abitanti

C. Indicatori di efficacia e di qualità

1. Percentuale di copertura degli screening per i tumori
2. Percentuale di >65 anni che si vaccinano per influenza
3. Percentuale di copertura dei bambini di 2 anni vaccinati per MMR
4. Mortalità per cancro del retto e malattia coronarica
5. N. di persone in liste d'attesa per intervento di elezione da più di 3 mesi o in attesa della prima prestazione ambulatoriale per più di 3 mesi
6. Soddisfazione del pubblico per i vari settori del National Health System.
7. Misura degli esiti su casistica pesata e dei processi [linee guida, protocolli ad esempio percentuali di diabetici di tipo 2 con PA normale (125/85) o trattamento del tia con antiaggreganti]
8. Percentuale di fumatori

D. Indicatori di appropriatezza

- A livello del singolo *provider* che vuole avere l'accreditamento [sia esso l'Ospedale, la Residenza Socio-Assistenziale (RSA), l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) o altro], è necessario innanzi tutto che divenga operativo un sistema di *Quality Assurance* (QA). Questo non è di per sé sinonimo di prestazioni qualitativamente valide, ma è una macchina indispensabile per assicurare che il *provider* operi secondo modalità che consentono di raggiungere la qualità. Il sistema di *Quality Assurance* (QA) più noto è l'ISO 9001-2000 che impone di operare secondo norme tali da permettere di raggiungere la qualità.

- Nel caso del grande Ospedale, il Dipartimento (inteso come l'aggregato dei Reparti finalizzati a curare un certo tipo di malattie) dovrebbe, a mio avviso, essere la sede in cui la qualità e l'efficienza sono gestiti. Infatti il Capo Dipartimento e la sua Direzione di Dipartimento dovrebbero avere la piena responsabilità (e i poteri connessi) di gestione, così da garantire il numero e l'esito degli interventi effettuati dal Dipartimento a fronte delle risorse negoziate con l'Amministrazione Centrale dell'Ospedale e da questa messe a disposizione. Ciò significa anche che il Capo Dipartimento dovrebbe essere assistito da un Vice Direttore Amministrativo capace di realizzare un efficace controllo di gestione e una adeguata politica delle risorse umane, che deve a sua volta comprendere un percorso di aggiornamento e di miglioramento professionale, noto come ***Continuous Professional Development (CPD)***. Questo include l'*Educazione Continua in Medicina* (ECM), ma non si esaurisce nel semplice aggiornamento delle conoscenze; essa si estende alla *performance* e quindi misura anche la capacità di migliorare i risultati dell'attività professionale di ogni operatore sanitario. Il sistema deve consentire al Capo Dipartimento di avere a disposizione risorse non solo economiche per riconoscere chi più si è impegnato a migliorare la propria performance. Tutto ciò realizza la cosiddetta ***Clinical Governance***, ossia la valorizzazione del ruolo dirigente del medico, che si è affievolito in questi anni a favore di un eccesso di potere amministrativo e, a volte, di un vero e proprio dirigismo politico e amministrativo.

La Finanziaria per il 2005 ha anche previsto un Piano Nazionale per l'Educazione Continua del personale sanitario, che dovrebbe includere anche la valutazione periodica di performance ai fini anche della rivalutazione, ossia del rinnovo periodico della licenza professionale (che costituisce una garanzia dell'interessato nei confronti di eventuali contestazioni circa l'operato professionale e del pubblico, che sa di potersi affidare a personale professionalmente aggiornato).

- Per quanto riguarda specificamente alcuni grandi rischi di malasanità, recentemente l'*Institute of Medicine* americano ha promosso una campagna di miglioramento della sicurezza e della qualità degli Ospedali americani, basata sui seguenti 6 punti (D.M. Berwick, D.R. Calkins, C.J. McCannon, A.D. Hackbart. *The 100000 Lives Campaign. Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality*. JAMA, 2006, 295,3, 324-7):

1. assicurare l'attivazione di Gruppi di Pronto Intervento;
2. fornire cure basate sull'evidenza per l'infarto miocardico acuto in tempi adeguati;
3. prevenire effetti secondari mediante una valutazione preventiva della compatibilità tra farmaci (su Internet è disponibile il *Drug Digest*);
4. prevenire infezioni da catetere venoso centrale;
5. prevenire infezioni della ferita chirurgica;
6. prevenire polmoniti da ventilazione meccanica.

Analoga iniziativa potrebbe essere di grande utilità anche nei nostri Ospedali, dove si potrebbe cominciare con:

- a. il monitoraggio delle infezioni ospedaliere e le misure di igiene ospedaliera (personale e ambientale) adeguate a prevenirle, specie in ambiente chirurgico e nelle terapie intensive e semi-intensive;
- b. la preparazione della dose individuale di farmaci ad opera della Farmacia Ospedaliera, soprattutto per alcune categorie di farmaci e utilizzando opportuni sistemi di identificazione elettronica del paziente e del prodotto (*Servizio di Farmacia- Farmacologia Ospedaliera*).

In conclusione

La malasanità è la risultante di un'insufficiente attenzione alla qualità e all'efficienza. Oggi esistono gli strumenti per realizzare nel Servizio Sanitario Nazionale quella riforma strutturale che migliori efficienza e qualità. Il percorso è di medio periodo, ma è necessario da parte della politica una presa di coscienza della urgente necessità di procedere e una volontà ferma di Stato e Regioni in tal senso.

IV. Sistema di qualità^(*) per il Servizio Sanitario nazionale

Lo Stato definisce i target di qualità.

↓

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)

- Definisce le Linee Guida di diagnosi e cura.
- Definisce gli indicatori di processo (cioè di osservanza delle Linee Guida e protocolli) e di *out come*.
- Definisce i criteri di *Clinical Governance* da parte dei Dipartimenti (di efficienza, qualità, comprensiva di sistema di QA, valutazione di QI, CPD del personale con criteri di valutazione di *performance*).
- Fa il *technology assessment*.

↓

Dipartimenti

- Fanno la *Clinical Governance*, incluso CPD o misura di *performance*. In sintesi il Capo Dipartimento negozia con l'Amministrazione centrale la quantità e la qualità (processo e *outcome*) delle sue prestazioni a fronte delle risorse messe a disposizione, in analogia ad un Direttore di Divisione industriale. Una volta stipulato l'accordo, gestisce il budget (con la collaborazione di un Vice Direttore amministrativo gestionale) con piena libertà di gestire il personale e ordinare la spesa. Risponderà del suo operato (fino alla rimozione) al termine del suo contratto (triennale).
- Mandano i dati richiesti all'Agenzia Regionale esterna di valutazione (che fa anche *audit* a campione) e che è collegata all'ASSR.

↓

Regione

- Fa "Commissioning" e "Strategic Purchasing".
- Definisce i criteri di accreditamento.
- Rilascia e rinnova l'accreditamento ogni 5 anni su parametri oggettivi rilevati anche con ispettori.

^(*)La qualità include l'efficienza, la sicurezza del paziente e l'igiene personale e ambientale

V. Il Dipartimento Ospedaliero

La struttura dipartimentale dei grandi Ospedali ha un senso se è ben chiaro qual è il significato del Dipartimento. Questo significato è duplice:

1. da un lato assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria;
2. dall'altro assicurare il *governo clinico* ovvero la qualità dei risultati dell'attività medica e quindi l'interesse del paziente.

Al fine di ottenere gli obiettivi più sopra ricordati deve essere compito del *Capo Dipartimento* negoziare con l'Amministrazione dell'Ospedale gli obiettivi del Dipartimento stesso e il suo *budget*. A questo fine egli dovrà assicurare:

1. un piano strategico biennale e quinquennale dell'attività del Dipartimento;
2. la commisurazione delle forze umane ed economiche agli obiettivi;
3. la realizzazione della certificazione di qualità ISO o simili, tesa ad assicurare non la qualità, ma la macchina organizzativa indispensabile ad operare in regime di qualità;
4. il *governo clinico* vero e proprio, inteso come la realizzazione di quelle operazioni misurabili e verificabili che consentono di ottenere il risultato di eccellenza in ognuna delle attività del Dipartimento e che comprendono le procedure migliori, la verifica costante sull'applicazione delle procedure, l'identificazione delle Linee Guida e la loro implementazione, la misura degli *outcomes*, la preparazione del personale, etc., ovvero tutto quanto serve ad assicurare che le prestazioni erogate dal Dipartimento siano quelle della massima qualità possibile alla luce delle conoscenze e delle risorse impiegate, con il massimo beneficio per i pazienti, non trascurando altresì la qualità percepita da parte del paziente, che è uno dei parametri fondamentali del successo.

Essenziale alla gestione amministrativa è una figura capace di assicurare il controllo di gestione e quindi di capire dove si spende e qual è il valore del denaro impiegato. A questo fine il Capo Dipartimento deve giovarsi di uno specialista amministrativo che può rappresentare il suo Vice e che rappresenta altresì il collegamento con l'Amministrazione centrale.

L'impianto suddetto consente, da un lato, la massima autonomia ai medici e quindi la loro piena valorizzazione, mentre dall'altro permette di assicurare la gestione efficiente, che può essere valutata sui risultati senza inutili controlli di tipo burocratico, che nulla aggiungono alla buona gestione.

Tutto il personale deve essere assoggettato a verifiche quinquennali e devono essere previsti adeguati incentivi per coloro che operano meglio e che si distinguono per la qualità e la quantità del lavoro.

VI. “L’*Hospitalist*” (o internista o medico olista ospedaliero)

Nella riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera è opportuno considerare anche il rapporto tra il paziente e il sempre crescente numero di specialisti e subspecialisti che lo curano. Questo rapporto non è oggi del tutto soddisfacente giacché lo specialista, per sua stessa natura, tende a privilegiare la sua attività particolare, perdendo di vista la globalità del paziente e dei suoi bisogni. Facciamo l’esempio del paziente oncologico: è vero che l’oncologo è lo specialista più adatto a trattare la malattia del paziente, ma non sempre l’oncologo ha capacità internistiche sufficienti a trattare il paziente nella sua globalità. Io credo che in tutti i Reparti di ogni Dipartimento Clinico il paziente debba essere affidato alle cure di un internista, che diviene il gestore responsabile del paziente e che si avvarrà dei vari specialisti di area medica o chirurgica per le varie necessità, concordando con essi tempi e modi di diagnosi e trattamento specialistico.

Questa figura di “*hospitalist*”, cioè di medico olista ospedaliero, gestore responsabile del paziente, trova il suo equivalente in pediatria nel pediatra internista e in geriatria nel geriatra, ed è una figura auspicata dalla Medicina Ospedaliera di altri Paesi, in quanto verosimilmente capace di rimediare in parte alla continua crescita delle specialità e subspecialità, che rischia di compromettere la visione unitaria del paziente a favore della cura della malattia e di vanificare in tal modo i grandi vantaggi e progressi che la moderna medicina con il suo sviluppo tecnologico può offrire ai malati[‡].

Una considerazione analoga a quella testé fatta per i medici potrebbe essere fatta anche per l’infermiere, distinguendo compiti e responsabilità di un infermiere olista (che collabora con l’internista ospedaliero nella gestione e responsabilità del paziente) da infermieri specializzati nelle varie specialità mediche e chirurgiche dell’Ospedale.

[‡]L’*hospitalist* è stato un tema trattato dal Consiglio Superiore di Sanità (relatore Prof. Raffaele Perrone Donnorso) che ha rassegnato un documento assai utile.

VII. La libera professione dei medici

Il diritto dei medici dipendenti ad esercitare la libera professione va difeso in quanto rispetta la volontà dei cittadini che desiderano un rapporto privato con il medico e serve al medico per accrescere la sua capacità di relazione con i pazienti. Tuttavia la libera professione all'interno degli Ospedali si è dimostrata una scelta sbagliata per almeno quattro motivi:

1. contraddice i principi istitutivi del Servizio Sanitario Nazionale che vuole servizi erogati gratuitamente al punto di fruizione senza discriminazioni di alcun tipo a tutti i cittadini che ne abbisognano. I cittadini che accedono alla libera professione intramoenia pagano due volte lo stesso servizio;
2. offende i cittadini che non pagano, in quanto questi vedono che i solventi superano le liste d'attesa e ricevono un trattamento più personalizzato e rispettoso;
3. talora allunga le liste d'attesa, in quanto la libera professione viene esercitata durante l'orario di servizio e quindi ritarda il trattamento dei non paganti in proprio;
4. le Aziende sanitarie traggono una percentuale troppo elevata delle retribuzioni dei sanitari.

Inoltre quando per mancanza di strutture e organizzazione la libera professione dei medici non è possibile entro l'Ospedale, viene concesso ai medici di effettuarla nel proprio studio o in Case di Cura non accreditate (cosiddetta libera professione allargata), con una serie di controlli e pratiche burocratiche sempre più complesse. Ciò comporta il rischio che il pagamento avvenga in nero, ma ancor più pericoloso che il medico debba gestire in nero il personale dello studio, giacché non gli è consentito di comportarsi come un libero professionista con tanto di partita IVA e possibilità di avere dipendenti di studio.

Il precedente Governo aveva offerto ai medici dipendenti l'opzione a esercitare la libera professione dentro o fuori dall'Ospedale. In quest'ultimo caso, assicurando all'Ospedale un orario di lavoro identico agli altri medici (38 ore settimanali e guardie), ma esercitando la libera professione nel proprio studio o in strutture non accreditate con tutti i vantaggi e le responsabilità del libero professionista e senza mescolare la libera professione con il servizio ospedaliero per i non paganti in proprio. In un secondo tempo intendevamo limitare la libera professione intramoenia ad un servizio prestato fuori orario a favore dell'Ospedale e rivolto a ridurre le liste d'attesa, lasciando la libera professione extramoenia come unica attività libero-professionale consentita quando rivolta ai singoli pazienti.

Questo progetto si è interrotto con la fine del Governo precedente e siamo ritornati ai problemi di sempre e agli inconvenienti di sempre.

Io credo che sarebbe utile riprendere questo schema che sarebbe vantaggioso per tutti: i pazienti, i medici e la finanza pubblica. Purtroppo la legge Bersani-Visco del 4 agosto 2006 (cosiddetto decreto delle liberalizzazioni) è andata esattamente nella direzione opposta a quella più sopra auspicata, imponendo che la libera professione dei medici avvenga esclusivamente in regime intramoenia, ciò all'evidente fine di controllare le attività dei medici ai fini fiscali.

VIII. Schema Organizzativo per l'UTAP o Casa della Salute^s

Compiti dell'UTAP:

1. migliorare la salute della popolazione;
2. sviluppare servizi di cure primarie e servizi di salute della comunità (legare cure primarie con servizi di comunità, compresi gli ospedali locali);
3. in Inghilterra il *commissioning* di servizi secondari e terziari per i propri assistiti.

L'UTAP italiana:

- dovrebbe assicurare sia il *front-line* per i pazienti acuti, sia soprattutto il coordinamento delle cure per i cronici, offrendo loro quella continuità assistenziale oggi carente;
- deve disporre di infermiere e assistenti sociali per organizzare le cure domiciliari e i servizi domestici (su programma dell'Unità di Valutazione Geriatrica - UVG);
- deve avere un Medico Direttore e un Amministratore;
- può avere un Poliambulatorio specialistico (contratti con specialisti ospedalieri o territoriali);
- deve operare 24 ore al giorno rapportandosi ai medici di continuità assistenziale per l'urgenza;
- deve rapportarsi con l'Ospedale e con i suoi Centri di riferimento per le malattie croniche;
- può fare educazione sanitaria nelle scuole;
- può assumere con contratto giovani medici per progetti specifici;
- deve essere il coordinatore del paziente e gestire la sua cartella clinica con tutti i referti.

La Regione deve pagare i singoli medici a quota capitaria per i pazienti che lo scelgono, più una quota per i servizi aggiuntivi di salute pubblica, più premi per la qualità e l'efficienza (su indicatori).

La qualità dei servizi come pure la correttezza amministrativa devono essere monitorate anche tramite ispettori qualificati;

- l'UTAP è bene che sia collegata anche all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e che abbia i *case manager* (matrons) per guidare gli anziani nel percorso di salute, sia al domicilio che nelle RSA;
- l'UTAP deve essere sede di studio e lavoro (prima e dopo la laurea) per la Medicina Generale, deve avere rapporti con l'Università per la didattica e la ricerca (e anche con IRCCS e Ospedali).

I Medici di Medicina Generale, di converso, devono poter lavorare *part-time* in Ospedale se vogliono.

Interessante il sistema di pagamento delle *GP Practices* in UK dall'aprile 2005. Al GP è data la possibilità di optare per la gestione di un budget che serve a coprire le spese del GP (*capitation*) più quelle delle cure secondarie (c'è l'ipotesi che questa preveda per gli specialisti un *fee-for-service*). I risparmi per la buona gestione dei *referrals* rimane a disposizione della *Practice* per investimenti a favore del servizio ai pazienti (Department of Health 2004). Si possono inoltre prevedere incentivi per i GP che fanno servizi aggiuntivi (guardie, visite domiciliari notturne e festive, programmi di prevenzione, educazione sanitaria nelle scuole elementari, ecc.).

È importante mettere a punto indicatori di efficienza e qualità (processo e *outcome*) per garantire che i GP usino bene le risorse e siano bravi professionisti. A questo fine è importante anche la "ricertificazione" ogni 5 anni.

È importante quindi mettere a punto una serie di indicatori di efficienza e qualità per ogni *Practice*.

Quality Improvement (QI)

Il miglioramento della qualità (QI) è importante anche per l'UTAP e si basa su 3 elementi:

1. Specificazione della *performance* desiderata (sotto forma di Linee Guida nazionali o strategie cliniche);
2. I modi per cambiare la pratica clinica (sotto forma di ECM o meglio di *Continuous Professional Development* (CPD), sistemi di supporto alla decisione, *audit, peer reviews* o circoli della qualità).
Il CPD integra i programmi di ECM con le attività di *quality improvement* (processo e *outcome*) per assicurare conoscenza, competenza e performance.
3. Il CPD deve riguardare le priorità dei pazienti e della comunità, deve basarsi sulle pratiche quotidiane, deve basarsi sulla integrazione tra persone e strutture. Si basa sul "Piano di Sviluppo Personale" e sul "Portafoglio di Apprendimento" che vanno valutati e monitorati (vedi *Good CPD Guide*, 1999).

^sNozioni riprese da European Observatory on Health Systems and Policies Series: "Primary Care in the driver's seat?" Open University Press, UK, 2006

Il tutto va previsto in una CPD Policy scritta, con relativi cronoprogrammi e criteri di valutazione e *audit*. Quindi anche la ricertificazione deve spostarsi dall'ECM alla valutazione dei piani personali e al coinvolgimento e risultati nei processi di *quality improvement*, così da valutare sia la competenza sia la *performance*;

3. Misura delle *performance* (monitoraggio continuo su indicatori che affluiscono automaticamente), anche tramite ispettori qualificati.

Gli indicatori sono di struttura, di organizzazione, di efficienza e di qualità (sia di processo che di *outcome*).

È necessario un Piano Nazionale ed un'Agenzia per il QI in sanità, ed è necessario che le Regioni usino l'accreditamento per ammettere al Servizio Sanitario Nazionale solo i *provider* che rispondono ai requisiti di qualità ed efficienza pre-determinati.

Informatizzazione (ICT)

L'uso dell'ICT è fondamentale per i Generalisti al fine di assisterli nel pianificare il trattamento dei pazienti, di coordinarne la cura con altri *providers*, nell'offrire la CME, nel consentirgli di accedere alle conoscenze più aggiornate e alle Linee Guida, nel mantenere la cartella elettronica del paziente con tutti i referti e la storia di ciò che è stato fatto da diversi *providers* (continuità di cura e coordinamento) per misurare la quantità e la qualità del lavoro svolto dal GP, per i programmi di monitoraggio della cronicità, per i programmi di prevenzione e promozione della salute (*Cardiorisk*, tumori, ecc.). Il *National Health System* (1999) ha fatto la raccomandazione che tutti i medici sappiano fare le seguenti 10 operazioni di base:

1. organizzare la gestione computerizzata (ossia nomina dei documenti, messa a punto dei Direttori, spostamento dei file, rinomina dei file);
2. utilizzare un pacchetto di elaborazione testi per creare documenti semplici;
3. caricare e gestire i dati usando un foglio elettronico;
4. ricercare un data base semplice;
5. condurre ricerche e accedere a siti fondamentali sulla rete internet e a database rilevanti attinenti a temi sulla sanità;
6. reperire/scaricare documenti appartenenti a varie fonti e trasferire i dati da un'applicazione a un'altra;
7. spiegare le ragioni per l'implementazione di una rete computerizzata e offrire esempi del suo utilizzo in campo sanitario;
8. inviare, reperire e confermare il ricevimento di e-mail e allegati;
9. identificare situazioni dove l'uso della tecnologia dell'informazione si riveli uno strumento efficace per l'erogazione e la gestione di prestazioni sanitarie;
10. valutare l'impiego reale dei sistemi di informazione nell'ambito Servizio Sanitario Nazionale. Discutere sui motivi per cui vari esempi debbano essere forniti su base cartacea o elettronica.

Le ragioni per una UTAP basata sull'ICT sono:

- continuità di cura/paziente e medico che interagiscono;
- organizzazione della pratica/scala della pratica;
- sistema di finanziamento e assicurazioni;
- cooperazione tra assistenza primaria e assistenza secondaria;
- staff qualificato;
- sistemi/software compatibili e nella propria lingua. Disponibilità di sistemi di codificazione e classificazione;
- legislazione;
- infrastruttura;
- buon sviluppo dell'infrastruttura professionale (ECM, linee guida);
- pazienti informati.

Soddisfazione paziente. Le priorità dei pazienti in Europa (verso i Generalisti)

- Tempo a disposizione per parlare con il medico in occasione della visita.
- Pronta reperibilità in caso di urgenza.
- Appuntamento in breve tempo quando si chiede la visita.
- Spiegazione dei trattamenti e dei procedimenti diagnostici a loro necessari.
- Servizi di prevenzione.
- Aggiornamento del medico.

Il questionario ai pazienti su questi temi è un importante strumento di valutazione dei Generalisti e delle loro *practices*.

IX. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Diversamente dagli Ospedali, gli **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)** sono Enti, la cui finalità è quella di realizzare ricerche di tipo clinico e traslazionale ossia rapidamente trasferibili a beneficio dei malati e/o del Servizio Sanitario. Pertanto l'assistenza è finalizzata alla ricerca e, a questa, subalterna. Perché la ricerca sia massimizzata in termini di qualità e di efficienza, è importante che gli IRCCS operino in rete, ossia siano tra loro coordinati su obiettivi stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale. Oggi, inoltre, le reti nazionali, nel sistema di globalizzazione internazionale della ricerca, devono a loro volta collegarsi con analoghe reti di altri Paesi, proprio perché nessuna nazione, soprattutto se relativamente piccola, è in grado di offrire quella massa critica che è indispensabile al conseguimento dei risultati. Lo testimoniano gli Accordi recentemente stipulati dall'Italia con gli Stati Uniti e la Repubblica Popolare Cinese, secondo i quali l'utilizzo della rete degli IRCCS rappresenta un strumento per dare concretezza alla ricerca in campo oncologico, nell'ambito degli impegni assunti in sede internazionale. Si pensi, ad esempio, alla necessità di reclutare un elevato numero di pazienti per sperimentare un farmaco o alla necessità di disporre, nell'ambito della rete oncologica, di certi tipi di tumore, al fine di verificare rapidamente la validità di un test predittivo. Proprio l'operazione di concentrazione delle risorse umane e finanziarie è lo sforzo che è in atto in tutti i Paesi evoluti, perché è risultato chiaro che, solo raggiungendo la massa critica, si può sperare di ottenere un risultato e quindi di far avanzare la conoscenza scientifica. Anche in Italia questo sforzo è stato impostato con il d. leg.vo 288 che offre due fondamentali vantaggi:

1. riunire gli IRCCS in reti, finalizzandone l'azione a obiettivi del Piano Sanitario Nazionale di grande rilevanza sanitaria (tumori, trapianti, cellule staminali);
2. consentire a questi Istituti una gestione che bilanci gli interessi e i poteri regionali con quelli nazionali;
3. consentire il coordinamento di tutte le realtà locali attraverso un indirizzo unitario che rimane una competenza dello Stato.

A questo fine si è prevista la possibilità di trasformare gli IRCCS in Fondazioni, dotando queste ultime di un Consiglio di Amministrazione ove siano rappresentati gli interessi ed i poteri che ne hanno titolo e quindi il Ministero della Salute (estensore del Piano Sanitario Nazionale e degli indirizzi strategici nazionali) e le Regioni, lasciando altresì spazio ad eventuali finanziatori non di profitto, quali le *Fondazioni bancarie*.

La Fondazione IRCCS gode di maggior flessibilità gestionale e anche della possibilità di autofinanziarsi, mettendo a frutto i risultati della ricerca e le invenzioni realizzate negli Istituti. Se venisse meno il concetto di rete e quindi la sinergia degli Istituti su pochi grandi obiettivi, si perderebbero incisività e potenzialità della ricerca clinica e traslazionale e, con esse, l'opportunità di competere con altri Paesi avanzati. Tutto questo non toglie poi che gli IRCCS possano anche attivare ricerche di interesse più strettamente regionale e quindi essere funzionali anche agli interessi della Regione che li ospita, essendo questa ampiamente rappresentata nel Consiglio di Amministrazione.

In sintesi, la legge 288/2003 ha definito:

1. **La missione degli IRCCS**, Enti di riferimento nazionale nei quali l'assistenza è finalizzata alla ricerca clinica e traslazionale (è ciò che serve di più);
2. **La sua differenza dall'Azienda Ospedaliera e dagli Enti Universitari**;
3. **Il suo impianto giuridico**: divisione tra organismo di indirizzo e controllo e Direzione Generale e Direzione Scientifica;
4. **Risorse per esclusivo uso della Direzione Scientifica**;
5. **Presenza paritetica delle Regioni nell'organo di indirizzo**;
6. **Facoltà di trasformazione in Fondazione**, con i vantaggi di:
 - maggior flessibilità imprenditoriale, con possibilità di disporre di un Direttore delle Attività Produttive, il cui reddito va a beneficio della ricerca e dei programmi di miglioramento del personale
 - il personale può mantenere il rapporto di lavoro di diritto pubblico
 - presenza del privato *non-profit* in Consiglio di Amministrazione (possibile)
 - la grande opportunità determinata dalla trasformazione degli IRCCS in Fondazioni è rappresentata dall'*empowerment* del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS, ossia il decentramento e trasferimento da parte delle Istituzioni dei poteri di organizzazione e gestione a fronte della responsabilità del Consiglio di Amministrazione di conseguire obiettivi prefissati di quantità e qualità. Ciò significa uscire dal vecchio e nocivo sistema di assoggettare gli Enti di servizio al centralismo e al verticismo statalista e quindi all'interferenza massiccia della politica.

Purtroppo lo spirito della legge è stato in grande misura vanificato da due interventi: il primo costituito da un emendamento approvato in Parlamento, il secondo da una delibera della Corte Costituzionale. In Parlamento è stata aggiunta alla parola “*facoltà di trasformazione in Fondazione*” la frase “*di natura pubblica*”. Ciò costituisce non soltanto un’anomalia giuridica, ma anche un modo per limitare grandemente l’attività della Fondazione, costringendola nei vincoli della pubblica Amministrazione. La Corte Costituzionale ha invece sentenziato che lo statuto degli IRCCS deve essere definito dalle Regioni, evitando che i Ministeri possano avere in Consiglio di Amministrazione un numero paritetico di componenti da loro designati. Questa sentenza priva l’IRCCS della definizione di *struttura di interesse nazionale* e lo riconduce nel diretto dominio regionale, rendendolo di fatto simile, se non uguale, alle Aziende ospedaliere. Questo provvedimento, inoltre, rende difficile la riunione in rete degli IRCCS e quindi contribuisce a peggiorare la già difficile situazione di divario sanitario tra le Regioni. In conclusione, credo che l’IRCCS oggi sia superato e possa cessare di esistere, sostituito dagli Ospedali regionali di riferimento che potrebbero meglio assorbire compiti e prerogative previsti per gli IRCCS a condizione che si vogliano rimuovere i vincoli che hanno affondato gli IRCCS.

X. L'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare

L'**Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (INGM)** nasce per volontà del Ministero della Salute, del Ministero degli Esteri, della Regione Lombardia e dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (Soci Fondatori) come **Fondazione** aperta a soci partecipanti pubblici e privati. Esso ha sede in Milano, presso l'Ospedale Maggiore, in un edificio da quest'ultimo conferito di circa 7000 m², completamente ricostruito e attrezzato grazie alla donazione di € 40 milioni dei Signori Invernizzi, industriali di Milano. Lo Stato conferisce, con la legge finanziaria 2004, € 12 milioni. Scopo della Fondazione INGM è quello di scoprire, utilizzando le tecniche e le conoscenze più avanzate, nuovi farmaci e nuovi test che possano essere utilizzati per migliorare la diagnosi e la cura dei tumori e delle malattie rare, nonché di altre condizioni morbose spontanee o indotte dall'uomo a scopo di terrorismo. L'Istituto utilizza cinque strumenti che ritiene strategici:

1. l'Istituto vuole che le ricerche siano condotte, possibilmente nello stesso luogo, da ricercatori pubblici e da ricercatori di industrie private, al fine di garantire che l'invenzione venga immediatamente trasferita all'industria ed i proventi utilizzati per compensare gli inventori e per finanziare la Fondazione oltre che per produrre ricchezza nazionale;
2. per la medesima ragione opera anche una Società esperta nel trasferimento dei bisogni di mercato alla Fondazione e nel trasferimento dell'invenzione al mercato nazionale ed internazionale, agli operatori finanziari e ad altri Istituti interessati, con un'azione esperta di relazioni esterne;
3. all'interno dell'Istituto il lavoro è multidisciplinare e occupa esperti di biologia, di bio-informatica e di nanotecnologie, che si impegnano simultaneamente su singoli progetti;
4. l'Istituto lavora in stretto rapporto scientifico con i *National Institutes of Health (NIH)* e altri Centri di ricerca Nord Americani, grazie anche al *Memorandum of Understanding* firmato dai due rispettivi Governi e finanziato con € 10 milioni per parte l'anno. Il Ministero della Salute italiano ha chiesto che l'istituto venga riconosciuto come associato o sussidiario dell'NIH, così da facilitare lo scambio di ricercatori tra i due Enti senza che si debbano risolvere i contratti in essere;
5. è in funzione e sarà ampliata con apposito finanziamento di € 3,5 milioni una **Banca Nazionale di materiale biologico** da utilizzare per gli studi dell'Istituto, raccolto prevalentemente da Alleanza contro il Cancro (gli IRCCS oncologici italiani) e dal *Nord Italia Transplant* (organizzazione di trapianti del Nord Italia). La Banca ha sede nella Fondazione stessa ed è gestita dal *Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti dell'Ospedale Maggiore*, avvalendosi di uno **Steering Committee** che garantisca equità e trasparenza nell'uso dei dati e dei materiali biologici. Tutti i Reparti clinici dell'Ospedale Maggiore, infine, sono disponibili per sperimentazioni cliniche o tecniche di prodotti derivati dalle invenzioni della Fondazione.

L'Istituto è guidato da un **Consiglio di Amministrazione** e gestito da un Amministratore Delegato, con la guida scientifica di un Direttore Scientifico.

I primi passi che l'Istituto ha intrapreso sono i seguenti:

1. selezione delle industrie che intendono collaborare, conferendo ricercatori e fondi per la ricerca;
2. identificazione della Società (o persona) di trasferimento dell'invenzione, sua protezione e sua valorizzazione;
3. identificazione dei ricercatori istituzionali e relativi contratti;
4. identificazione e nomina del Direttore Scientifico, definizione delle linee di ricerca e piano della ricerca (con i ricercatori NIH);
5. piano di sviluppo dell'Istituto e piano triennale di attività a cura dell'Amministratore Delegato;
6. attivazione della **Biobanca Nazionale dei Materiali Biologici**;
7. perfezionamento dell'Accordo di ricerca con l'NIH.

XI. C'è un solo bene: il sapere e un solo male: l'ignoranza (Socrate)

Vi è quotidiana evidenza del fatto che gran parte degli italiani possiede conoscenze troppo scarse circa la salute, il Servizio Sanitario, la scienza e, più in generale, gli stili di vita più idonei a garantire benessere psico-fisico. Questa carenza comporta danni gravi al singolo cittadino e alla collettività; nel primo caso, i trattamenti inappropriati o anche la semplice insicurezza di come ci si deve comportare e curare, unita alla sfiducia nei servizi istituzionali, possono dare luogo a danni alla salute e a sentimenti di ostilità o di abbandono; nel secondo caso, lo Stato e le Regioni si vedono talora costretti a scelte anti-economiche inutili o sbagliate, inclusi i ritardi al miglioramento del sistema sanitario e alla conseguente difficoltà di soddisfare adeguatamente i vecchi e i nuovi bisogni.

Alla luce di queste considerazioni, è necessario che tutte le Istituzioni e i componenti del Servizio Sanitario si attivino per attuare un organico programma di educazione sanitaria e di informazione rivolto alla popolazione, ma anche agli operatori sanitari. Primario ruolo devono avere in questa attività gli *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* (IRCCS), i *Policlinici Universitari* e gli *Ospedali ad alta intensità di cura*. Vi sono alcuni elementi che devono essere considerati come prioritari.

1. *Che cos'è un Servizio Sanitario Nazionale.* Un Servizio Sanitario Nazionale è un'organizzazione nella quale i cittadini pagano con le tasse, in proporzione al loro reddito, un'aliquota che garantisce loro, in caso di bisogno, di ottenere gratuitamente al punto di erogazione i processi di diagnosi e cura, di cui necessitano. Questo per evitare che, al momento del bisogno, la non disponibilità economica possa causare danni alla salute. In quanto tale, è chiaro che il sistema nasce con un potenziale conflitto tra esigenze individuali del cittadino, che quando è malato ritiene di aver diritto a tutto il meglio in tempi brevissimi e gratuitamente, e risposte collettive legate a sua volta alle risorse destinate alla sanità. Lo stesso cittadino, nel ruolo di contribuente, non è disposto a sostenere con le tasse l'ammontare delle risorse necessarie a soddisfare i suoi desideri quando è malato. Questo conflitto potenziale rende ragione del fatto che un buon Servizio Sanitario rappresenta un buon compromesso tra le due esigenze contrapposte e, in quanto compromesso, per definizione non può soddisfare interamente né l'uno né l'altro interesse. Questa è anche la ragione per la quale nessun Servizio Sanitario al mondo può essere considerato ideale e del tutto soddisfacente. Esso rappresenta un paracadute che attutisce l'impatto della malattia sul singolo cittadino e la sua efficacia dipende dall'efficacia dell'organizzazione capace di assicurare i servizi migliori ai costi minori e assicurare la flessibilità necessaria a cambiare il sistema continuamente, in rapporto alla dinamica degli eventi e ai cambiamenti continui che intervengono nella popolazione e nei suoi bisogni sanitari.
2. *Organizzazione.* Proprio in ragione dei continui cambiamenti, che negli ultimi anni si sono fatti particolarmente evidenti con il cambiamento della demografia (invecchiamento della popolazione con l'emersione di un'imponente cronicità a fronte di una patologia che era un tempo non lontano prevalentemente acuta), la rivoluzione tecnologica (che ha fornito ai medici un armamentario diagnostico e terapeutico mai pensabile fino a 20 anni or sono), la percezione del bene salute come bene primario da parte di tutti i cittadini, sono elementi che impongono al nostro Servizio Sanitario una modifica organizzativa ormai non più prorogabile. Infatti, se un tempo la sanità era centralizzata su Ospedali per acuti di medio-bassa intensità di cura, proprio perché mancava un sofisticato armamentario diagnostico e terapeutico, oggi questi Ospedali sono inadeguati a trattare i malati, che possono avere molto di più in termini di diagnosi, di cura, di probabilità di salute e di vita, se la rete ospedaliera viene modificata in modo da riservare ad alcuni Ospedali la massima concentrazione di tecnologia e di professionisti in grado di gestirla. Perché ciò sia possibile, è necessario quindi ridurre il numero di questi Ospedali di riferimento, concentrandoli strategicamente sul territorio. Non ha più senso un Ospedale in ogni piccolo centro, che un tempo costituiva la sicurezza per il cittadino, perché oggi questo diventa una trappola per la stessa cittadinanza, nel momento in cui promette possibilità di cura che non è in grado di offrire. Peraltro è necessario che continuino ad esistere Ospedali di interesse locale a bassa intensità di cura e dotati di *punto di Primo Soccorso*, atti a ricevere il paziente acuto o in emergenza, a stabilizzarlo e poi a trasferirlo in *Ospedali di alta intensità di cura*. Sarebbe assurdo pensare oggi che un paziente, che manifesta un attacco coronarico, venga trattato come si usava solo 20 anni fa, limitandosi al riposo a letto e ad alcuni farmaci coronaro-dilatatori, senza pensare a un'interventistica in grado di risolvere definitivamente il problema con inserimento di stent in condizioni di sicurezza, come certo non è pensabile che un'emodinamica interventistica possa essere realizzata in ogni piccolo Ospedale locale, non solo per l'impossibilità di sostenerla economicamente, ma anche per la mancanza di personale atto a gestirla.

L'ideale organizzazione della sanità moderna è quella di *Centri di Riferimento regionali ad altissima intensità di cura* e corredati di un'adeguata ricerca a sostegno della cura stessa, da *Centri di Riferimento provinciali ad alta intensità di cura* e da Ospedali locali a bassa intensità di cura con *Pronto Soccorso* distribuiti e frequenti con Astanterie, in luogo dei piccoli Ospedali locali. A questo ridisegno della rete Ospedaliera deve fare riscontro il potenziamento della medicina territoriale, iniziando dalla realizzazione delle *primary care clinics* o *Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)*, dove gruppi di medici di medicina generale convenzionati, specialisti, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale, realizzino una struttura aperta 24 ore al giorno e gestita in piena autonomia e responsabilità, che assicuri ad un gruppo di cittadini le cure primarie e la cura della cronicità, che richiede frequenti visite e registrazione delle terapie, e che oggi impropriamente afferisce agli Ospedali. E' inoltre necessario che il territorio venga dotato di strutture di sostegno alla cronicità, di *Centri diurni di Riabilitazione e di Assistenza a domicilio*, che rappresenta pur sempre il primario luogo di cura e di assistenza per i pazienti cronici non-autosufficienti, a condizione che queste vengano dotate di servizi di supporto da parte dei Distretti. Infine, devono essere meglio strutturati e potenziati i *Dipartimenti territoriali* (Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Salute Mentale, Dipartimento della Tossicodipendenza, Dipartimento Materno-Infantile, etc.). Grande rilevanza va posta, fra l'altro, nel potenziamento di quei *Servizi di vicinanza* nei quartieri, che sono necessari a meglio assistere i malati di mente e gli anziani soli. Ormai è evidente che senza *Servizi di Quartiere*, che realizzino la vigilanza attiva e la prevenzione, questi pazienti e le loro famiglie vanno incontro a gravissimi disagi, a trattamenti inappropriate e ad abbandono, gravando in modo insostenibile sulle famiglie.

3. È necessario che gli italiani si rendano conto che il progresso della scienza è l'unica garanzia dell'umanità per contrastare i pericoli sempre crescenti che la affliggono. Il re-insorgere di malattie infettive, come la tubercolosi o le semplici polmoniti, la minaccia delle malattie virali, la diffusione intenzionale di agenti patogeni per attività di terrorismo, sono solo alcuni esempi di come la difesa degli uomini passi attraverso la creazione di nuove armi di difesa. Sempre più numerose malattie si possono oggi curare, grazie alla ricerca e alle nuove conoscenze della genetica; le nuove conoscenze sul genoma consentono di attivare farmaci individualizzati, che possono sconfiggere malattie che ancora oggi mietono migliaia di vittime ogni anno, quali i tumori, le malattie rare e le malattie cardiovascolari. Perché la ricerca possa prosperare, è necessario che vi sia una diffusa cultura di sostegno e non di contrasto, come oggi ancora si nota. È difficile comprendere come una larga parte degli italiani ritenga la ricerca motivo e sorgente di danno anziché di progresso e di salute: vi sono movimenti che contrastano l'utilizzazione dei vaccini, che da due secoli hanno dimostrato di essere un'arma poderosa di prevenzione di malattie e hanno comportato di fatto la scomparsa di malattie gravi, quali il vaiolo, la poliomielite, ecc.

È difficilmente comprensibile come questi elementi sfuggano alla considerazione di molti italiani e li inducano a rifugiarsi in pratiche alternative di non dimostrata efficacia, creando difficoltà al progresso della scienza. Purtroppo anche il linguaggio dei ricercatori e la mancanza di sorgenti istituzionali attendibili contribuisce a questa confusione. Contemporaneamente, i giovani non vengono educati all'amore per la ricerca, che è l'elemento fondamentale perché la ricerca possa prosperare e rappresentare una carriera ambita che valorizza l'ingegno dell'uomo. È necessario che già nelle scuole la ricerca venga presentata sotto la sua vera luce di poderoso ed unico strumento capace di assicurare il progresso dell'umanità. Contemporaneamente, molti italiani pensano che la medicina sia onnipotente e ogni qualvolta essa non riesce ad ottenere l'effetto voluto, attribuiscono la colpa al sistema e ai medici. Molti pretendono che con i farmaci si possano risolvere tutti i problemi, anche quelli legati a cattivi comportamenti, come l'eccesso alimentare, il fumo, ecc. Un'ampia distorsione sul concetto di farmaco ha identificato negli ultimi anni il farmaco come un pericolo, anziché come un motore poderoso del progresso e del miglioramento di salute. Mescolando questi elementari errori con i comportamenti poco virtuosi di alcune Aziende Farmaceutiche, oggi gran parte degli italiani afferma di non voler utilizzare farmaci, rifugiandosi in pratiche alternative costose e inefficaci, se non dannose. È questo un grave pericolo, perché da questo dipende anche il fatto che gli investimenti della ricerca farmaceutica si fanno sempre più rari, mettendo a serio rischio il futuro dell'umanità e della sua difesa dalle malattie.

4. La prevenzione e la diagnosi precoce costituiscono un elemento fondamentale che va senza posa riproposto agli italiani. Il Servizio Sanitario Nazionale cura le malattie una volta che si sono instaurate, ma non è questa la strada migliore per tutelare la propria salute. Ognuno di noi è custode della propria salute e ognuno di noi ha l'interesse primario di prevenire l'insorgenza di malattie con adeguati stili di vita. Il contrasto al fumo e ad altri inquinanti ambientali, l'educazione alimentare, l'impegno al movimento fisico, il rifuggire dall'utilizzo di sostanze che provocano dipendenza, la prevenzione degli incidenti stradali, domestici, del lavoro, unitamente agli screening suggeriti e alle pratiche di vaccinazione, rappresentano il pilastro portante e insostituibile di una buona salute collettiva.

Essi fanno parte di un processo di miglioramento e di tutela della salute pubblica, che si completa in una forte azione di vigilanza e di intervento rapido contro le malattie diffuse, che vedono ora Stato e Regioni solidali e riuniti in un *Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie*.

5. È necessario che gli Ospedali e i medici imparino a parlare e a rapportarsi con i malati. Troppo spesso una buona sanità viene vanificata da un cattivo modo di comunicare delle Istituzioni e dei medici con i cittadini sani o malati. Il malato vuole attenzione e ascolto prima che cure, esami o ricoveri, vuole essere considerato una persona che condivide i processi di diagnosi e cura, vuole rispetto e dignità in ogni ambito sanitario. Stranamente questo processo di civilizzazione non è ancora completato e i comportamenti dei medici e degli infermieri sono a volte offensivi e scostanti. È quindi necessario che le Istituzioni si impegnino in corsi di educazione del personale, che deve comprendere che il rispetto della professione è basato sul riguardo che viene riservato ai malati e su principi etici, che consentano ad ognuno di avere quello che gli spetta con comportamenti trasparenti e onesti. Purtroppo non mancano speculazioni e comportamenti disonesti, che non possono non compromettere la fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario e dei suoi componenti. Ancora una volta è un'educazione continua e martellante che deve portare il medico e l'infermiere ad una più approfondita conoscenza professionale, ma anche umana ed etica.

Alla luce di tutti questi urgenti impegni, che competono alle Istituzioni e ai singoli componenti del Servizio Sanitario Nazionale, suggerisco agli IRCCS e ai grandi Ospedali metropolitani, per iniziare, di attivarsi a salvaguardia della dignità del loro operato per diventare strumenti di informazione e di educazione della popolazione, utilizzando le grandi risorse scientifiche e tecniche di cui dispongono e tutta la loro autorevolezza. Sarà loro grande merito se sapranno attivare incontri, corsi, azioni, rivolti al pubblico, ai medici e al personale e a questo scopo essi potranno avvalersi di contributi di privati, purché non in conflitto di interessi, utilizzando anche la tecnica nota come *cause related marketing*, azione secondo la quale, per una determinata campagna di interesse pubblico, le Istituzioni e Aziende primarie condividono gli scopi e si uniscono per apportare beneficio alla collettività. È stato ampiamente dimostrato che da queste campagne le grandi Aziende traggono un ritorno di immagine che le remunerano grandemente rispetto all'impegno economico da esse sostenuto. La popolazione, infatti, considera con favore che queste grandi Aziende, presenti con un forte marchio sul mercato, devolvano parte dei loro utili per il bene collettivo e per la salute dei cittadini, e ricambia con il favore al marchio questo beneficio. Oggi il *cause related marketing* è autorizzato in Italia e può quindi essere utilizzato al meglio. Suggerisco pertanto che gli IRCCS utilizzino le Società professionali capaci di reclutare i finanziamenti e di realizzare con questi finanziamenti i programmi di educazione e di informazione, vigilando sul loro operato e garantendo ai cittadini che l'informazione sia corretta e indipendente. A questo scopo può essere ancora molto utile la consulenza delle Società *Scientifiche*, oggi riunite nella FISM. Per quanto riguarda gli IRCCS, inoltre, questa può anche essere una sorgente di autofinanziamento, che rientra nella logica di ridisegno degli IRCCS (D.lgs 288/2003). Il Ministero della Salute e le Regioni avranno il compito di concedere il patrocinio e quindi di validare le iniziative, che saranno in linea con questi obiettivi di informazione e comunicazione, atti a promuovere un miglior funzionamento del Servizio Sanitario e un miglior comportamento individuale a protezione della salute.

XII. Per un moderno sistema di previdenza ed assistenza

Negli ultimi 50 anni si è prodotto un cambiamento demografico senza precedenti: la vita media che negli anni 50 non raggiungeva i 60 anni è oggi di quasi 80 anni per gli uomini e di oltre 84 per le donne. I progressi della medicina e degli stili di vita, inoltre, fanno sì che la maggior parte delle persone raggiunga l'età avanzata in buone condizioni di salute e di autonomia. Oggi quindi si può definire vecchio chi ha superato gli 80 anni, mentre l'85% della popolazione compresa tra 60 e 80 anni è composta da soggetti anziani validi e attivi.

A questo imponente e rapido cambiamento non ha fatto seguito un altrettanto sostanziale cambiamento culturale e organizzativo del sistema previdenziale e assistenziale.

La pensione di vecchiaia

Una prima riflessione va fatta sul sistema pensionistico. A me sembra che a fronte di un tale allungamento della vita attiva sia incoerente mantenere gli attuali limiti di età alla vita lavorativa. Bene ha fatto quindi il governo Blair ad ipotizzare un innalzamento dell'età pensionistica. Probabilmente il limite minimo di 65 anni di età per maschi e femmine, con la facoltà di prolungare per altri 10 anni (magari con ritmi di lavoro meno impegnativi, o con occupazione nell'ambito sociale o culturale) sarebbero provvedimenti coerenti e utili. Utili sia al sistema previdenziale (che potrebbe convogliare le risorse risparmiate verso pensioni più dignitose e verso un fondo contro i rischi della dipendenza di cui diremo tra breve), sia al sistema di assistenza sociale (che potrebbe avvalersi di un'addizionale forza lavoro esperta, risorsa di cui abbiamo grande bisogno), sia per i singoli lavoratori (che potrebbero giovarsi di efficaci stimoli intellettuali e fisici, ritardando in tal modo l'invecchiamento, che come sappiamo è accelerato dall'inerzia, dall'ozio, dall'eccesso alimentare che ne consegue). Non è a mio avviso accettabile l'argomentazione che questa scelta potrebbe compromettere l'occupazione. Infatti una seria politica per l'occupazione non può basarsi sul pensionamento degli anziani (che passano a carico del sistema previdenziale), ma sul rilancio dell'imprenditorialità nazionale attraverso provvedimenti e investimenti moderni, come hanno fatto altre nazioni europee quali Spagna e Irlanda. L'assegno pensionistico (ossia l'equivalente dello stipendio o del reddito che vengono a cessare con il cessare della vita lavorativa) dovrebbe rivedere i suoi minimi (oggi indecorosi) assicurando ad ogni cittadino un minimo vitale.

Fondo contro il rischio di dipendenza

L'assegno pensionistico tuttavia non è più sufficiente se intervengono fattori inabilitanti che configurano la dipendenza della persona da altre persone o servizi. È quindi necessario costituire un *"fondo contro i rischi della dipendenza"* in analogia a quanto realizzato da altri Paesi, e segnatamente dalla Germania. Su questo fronte il nostro Paese è ampiamente scoperto, e solo ora cominciamo a renderci conto del disagio che la dipendenza crea ai singoli e alle loro famiglie. È sulla famiglia e sulle donne in particolare che si scarica il maggior peso della persona dipendente, peso inteso come lavoro e come spesa. Se la famiglia (specie le coppie più giovani con reddito medio-basso) non è in grado di assistere l'anziano dipendente (anche perché spesso entrambi i coniugi lavorano), essa è tenuta a contribuire in misura significativa al pagamento della retta di ricovero dell'anziano in Casa di Riposo. A Milano la retta di questa struttura oscilla tra 3,5 e 6 milioni/mese ed è in varia misura sostenuta, oltre che dagli interessati, anche dal Comune e dal Servizio Socio-Sanitario regionale. Il carico sulle famiglie meno abbienti è un problema non più tollerabile e quindi è indifferibile la costituzione di un *fondo contro i rischi della dipendenza*, con la partecipazione dello Stato e dei lavoratori. Il sistema tedesco prevede un'assicurazione obbligatoria a ripartizione tra datore di lavoro e lavoratore (che rinuncia ad alcune giornate festive), che genera L. 30.000 miliardi/anno e che potrebbe costituire un modello per il nostro Paese, anche se non totalmente replicabile per la difficoltà di configurare altre tasse per le nostre imprese già troppo gravate dal fisco.

Un'efficiente rete di servizi^{*}

Così riconfigurato, il nostro sistema dovrebbe prendere ora in considerazione come far pervenire le risorse ai cittadini che ne hanno veramente bisogno attraverso una rete di servizi moderni e differenziati. Va allora innanzi tutto ripensato il ruolo delle Istituzioni ed in particolare del Comune, che è il naturale e primo interlocutore dei cittadini. Bisogna, a mio avviso, fare ogni sforzo per trasformare l'attuale orientamento del Comune ad una gestione burocratica (ossia finalizzata alla correttezza degli atti amministrativi) in una gestione imprenditoriale (ossia

^{*}Testo redatto da G. Sircchia nel 2000 quando era Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Milano

finalizzata al risultato, e cioè ai bisogni del cittadino). Nulla è più dannoso e crudele dell'attuale mentalità burocratica che sacrifica i bisogni delle persone e le realtà al primato delle procedure burocratiche, una mentalità tesa a tutelare l'amministratore prima dell'amministrato. I grandi vantaggi di una amministrazione imprenditoriale sono magistralmente illustrati nel volume di D. Osborne e T. Gaebler "Reinventing Government", che consiglio a tutti di leggere e meditare, in quanto ha contribuito in misura rilevante all'ammodernamento dello Stato americano, con i risultati che tutti hanno potuto apprezzare. Ruolo del Comune non è quello di gestire, ma di saper cogliere i bisogni, sentire la città, sollecitare e orientare i mercati e coloro che vi operano, attivare una concorrenza tra gli erogatori di servizi, verificarne l'operato accreditandoli per qualità e prezzo. Un primo passo in questa direzione è stato da noi operato con alcuni provvedimenti che riguardano il Settore degli Anziani e innanzi tutto le Residenze Socio-Assistenziali (RSA) o Case di Riposo per persone totalmente non autosufficienti.

Le Residenze Socio-Assistenziali (RSA)

A Milano mancano almeno 3000 posti letto in RSA e molti dei circa 5000 ricoverati a carico del Comune sono costretti ad utilizzare strutture lontane da Milano, con il rischio di interrompere definitivamente le già fragili reti amicali e parentali di cui godono. D'altra parte è impensabile che il Comune di Milano possa edificare 20 o più RSA con un impegno di spesa di almeno 300 miliardi. Per questo abbiamo sollecitato i privati che lo desiderassero a proporsi per la costruzione di RSA a fronte di alcune agevolazioni comunali (ridotti oneri di urbanizzazione, cambio del destino d'uso di aree, ecc.). Sono pervenuti 37 progetti, dei quali 21 rispondenti ai requisiti richiesti, che, se realizzati, coprirebbero quasi interamente i bisogni della città. Abbiamo perciò convocato gli imprenditori interessati sia per avere certezza circa la volontà ed i tempi di costruzione, sia per discutere con loro di come ammodernare e differenziare l'offerta di strutture residenziali per anziani. Non vi è infatti dubbio che la RSA va ripensata.

Molti auspicano oggi che la RSA divenga una struttura aperta al quartiere, con esso collegata, sede e tempio del volontariato e dell'auspicato lavoro sociale (obiettori di coscienza e sperabilmente anziani lavoratori), punto di riferimento ed erogatore di servizi per tutti gli anziani della zona, ma anche per le famiglie, per i bambini, per la cultura, per lo sport, per il tempo libero, collegata al servizio di minialloggi protetti e di piccole comunità ove gli anziani autosufficienti o parzialmente tali possano vivere in sicurezza, disponendo di servizi oggi difficili a trovarsi, quali il servizio di ristorazione a domicilio o la lavanderia con presa e consegna a domicilio. Un particolare tipo di comunità alloggio è quella realizzata sperimentalmente dal Comune in collaborazione con i Rotary e l'Associazione Abbeyfield, che da anni gestisce in vari Paesi tali comunità, nelle quali una decina di persone anziane, parzialmente autosufficienti e per quanto possibile omogenee, condividono spazi e servizi comuni, pur abitando in stanze separate, ognuna servita da un proprio bagno e arredato con proprio mobilio.

Un secondo importante problema che abbiamo affrontato già da 3 anni è la qualità dei servizi erogati dalle RSA. Il ricoverato è persona fragile e la sua assistenza esige una serie di interventi che presuppongono personale motivato e preparato, che peraltro può facilmente andare incontro a *burn-out*, dato il tipo particolare di soggetti assistiti. In un così delicato equilibrio tra chi da e chi riceve assistenza, un sistema di assicurazione della qualità è la cerniera essenziale. Per iniziare il percorso che sperabilmente porterà le Case di Riposo tutte ad operare in un regime di assicurazione della qualità, abbiamo messo a punto uno strumento di valutazione della qualità che prende in considerazione, oltre a parametri strutturali ed organizzativi, anche alcuni *outcome* socio-sanitari. Ottanta RSA di Milano e provincia convenzionate con il Comune di Milano aderiscono all'iniziativa, che prevede un rilievo periodico dei parametri e la correlazione tra il punteggio raggiunto e la retta di degenza. Contemporaneamente è stato suggerito ai partecipanti di avviare l'impianto del sistema di assicurazione qualità con l'intento di arrivare alla certificazione secondo la norma ISO e sono state prodotte con il concorso di tutti i medici delle RSA milanesi le "Linee guida per le prestazioni sanitarie in RSA". Lo strumento di misura della qualità è stato validato ed inserito in routine, con l'intenzione di parametrare la retta sulla qualità e quindi di attivare un meccanismo di miglioramento continuo della qualità già dal 2001. Il **9 aprile 2001** questo strumento verrà portato al confronto internazionale in un Convegno organizzato dal Comune di Milano con la partecipazione di alcune massime autorità europee e statunitensi, dal titolo "**Ripensiamo le RSA**". Attraverso queste due iniziative noi crediamo di aver dato anche un contributo alla riduzione delle rette (che a Milano sono particolarmente elevate): infatti aumentando l'offerta ci attendiamo che si attivi una concorrenza basata sulla qualità e sul prezzo. Crediamo quindi di aver operato nello spirito dell'amministrazione imprenditoriale di Osborne e Gaebler. Ovviamente non ci illudiamo di poter andare molto lontano su questa strada, stante la esistente normativa e mentalità; si pensi che per realizzare e attivare una RSA è necessario superare 3 livelli di autorizzazioni preventive, la prima delle quali (quella comunale) a sua volta distinta in 3 livelli (ASL, Giunta e Consiglio) per l'inserimento della RSA nella programmazione comunale, mentre quelle provinciale e regionale servono ad ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento, rispettivamente. Il tutto ovviamente con tempi che si misurano in mesi ed anni.

Il ripensamento delle RSA è ormai urgente: essa infatti tende a segregare le persone ricoverate isolandole dal contesto del quartiere e non si rapporta che marginalmente con le altre strutture della rete di servizi, specie quelle tese a ritardare i danni dell'invecchiamento, quali i *Centri Socio-Ricreativi*, i *Centri Diurni Integrati* e soprattutto i *Custodi Sociali*.

I Custodi Sociali

Questi ultimi sono un presidio innovativo realizzato sperimentalmente da qualche mese in 4 caseggiati delle periferie milanesi e precisamente nei quartieri Stadera, S. Siro, Gratosoglio e Niguarda e sono una figura di riferimento per gli anziani che vivono nei grandi caseggiati delle periferie milanesi, dove la qualità di vita è molte volte men che ottimale. Le case popolari non brillano per la manutenzione degli immobili, ma soprattutto per la sicurezza e la serenità dei rapporti tra gli inquilini. Non è infrequente che gli anziani siano oggetto di disattenzione e maleducazione, se non di vere e proprie violenze. Alcuni di questi anziani vivono soli e non sempre sono completamente autonomi e capaci di gestire appieno la loro vita. Basta ascoltarli per capire che molti di loro, affetti da malattie croniche e dal bisogno economico, non vivono in modo sereno i loro ultimi anni. Essi lamentano spesso scarsa attenzione da parte delle Istituzioni e inaccettabili lentezze e inaccuratezze nella fornitura dei servizi: gli interventi sono spesso incompleti, ma soprattutto tardivi, e molti desideri restano inappagati. Per questo motivo il Comune di Milano, in collaborazione con l'ALER, la Fondazione Fratelli di San Francesco d'Assisi e la Cooperativa Sociale Filo d'Arianna, ha deciso di sperimentare una figura professionale nuova, il *Custode Sociale*, che nel caseggiato si incarica di rilevare attivamente i bisogni degli anziani e di soddisfarli attivando erogatori di servizi pubblici e privati, parrocchie, ASL, reti amicali del quartiere, vigili di quartiere, ALER. È la logica di decentrare per arrivare presto a soddisfare i bisogni essenziali dell'anziano con interventi personalizzati. L'esperienza americana insegna che gli operatori possono acquisire ad un tempo motivazioni ed efficienza se vengono conferiti loro i poteri e le responsabilità degli interventi che sono tenuti a fare: il dirigente comunichi loro l'obiettivo che vuol raggiungere e lasci al dipendente la possibilità di scegliere il modo migliore per conseguirlo. In questa logica, pensiamo di dare in futuro al *Custode Sociale* anche la facoltà di ordinare la spesa per assicurare interventi di varia natura (dalla piccola manutenzione dell'appartamento ai pasti caldi a domicilio), attingendo anche ad un fondo costituito con le offerte di privati. La rapidità degli interventi e l'efficienza ci si attende aumentino la fiducia degli anziani nel loro *Custode* e, indirettamente, nelle Istituzioni.

L'iniziativa interessa per ora solo 3 quartieri di Milano. I *Custodi Sociali*, dopo un corso di formazione, sono stati assunti con contratto a termine da due Enti del Privato Sociale ed effettuano servizio tra le 8 e le 18 di ogni giorno, 6 giorni la settimana. Essi raccolgono attivamente una serie di dati che serviranno a valutare l'iniziativa dopo 6 mesi di esperimento, così da consentire una valutazione *ad interim* ed eventuali aggiustature che si rendessero necessarie.

I primi dati della sperimentazione sono assai incoraggianti, come risulta dalla tabella, che indica come dei 195 anziani monitorati (di età media di 78 anni), 1/3 circa è parzialmente non autonomo, 2/3 vivono soli ed hanno problemi di salute, la metà circa con un reddito inferiore a L. 1 milione mensili. Delle richieste di aiuto pervenute ai *Custodi Sociali* ed elencati in tabella, il 40% circa hanno potuto essere evase. Gli anziani hanno dimostrato di gradire molto l'iniziativa ed apprezzano soprattutto le risposte rapide e personalizzate ai loro bisogni, nonché l'attenzione loro rivolta. Anche la richiesta al Comune degli anziani di via Ponale 66 di istituire una postazione di *Custode Sociale* nel loro caseggiato sta a significare la fiducia e l'interesse che l'iniziativa ha riscosso nella città.

Il Comune di Milano però non ha i mezzi per diffondere questa iniziativa in tutti i caseggiati della periferia cittadina. È pertanto necessario che la società civile si attivi a sponsorizzare queste postazioni. Il primo esempio di questa attivazione è costituito da una nuova postazione in via Ponale 66 (Niguarda) operativa dal 20 febbraio, che viene sponsorizzata dalla *Fondazione Aventis*, Fondazione di un grande Gruppo Farmaceutico Europeo. Questo esempio sperimenta quindi una nuova strada, quella di offrire ai privati l'opportunità di un ottimo ritorno di immagine a seguito di interventi nell'ambito sociale.

Lo Sportello unico socio-sanitario

Un altro ambito che si presterebbe all'azione di un'amministrazione imprenditoriale è quella dell'integrazione socio-sanitaria, e più precisamente del servizio territoriale che deve prendere in carico la persona anziana con i suoi problemi e guidarla attraverso la rete dei servizi sociali e sanitari. A Milano i Servizi Sociali sono gestiti dal Comune e quelli Sanitari dalla ASL, azienda sanitaria che afferisce alla Regione. Il personale che opera nei Servizi afferisce quindi gerarchicamente ad Enti diversi e spesso opera in sedi diverse cosicché spesso accade che l'anziano e la sua famiglia si trovino di fronte ad interlocutori che pensano ed operano in modo diverso, con la necessità di raddoppiare pratiche e tempi di attesa, per non dire delle difficoltà di coordinarli.

Noi crediamo che il modo più semplice per andare incontro ai bisogni dei cittadini sia di affidare la gestione di un servizio integrato ed unico ad un privato nel contesto di un consorzio Comune-ASL-privato che riconduca Comune e ASL al loro più proprio ruolo di programmazione e controllo, con il vantaggio aggiuntivo di realizzare un servizio senza le difficoltà ed i vincoli propri dei contratti di lavoro pubblico e delle regole della pubblica amministrazione. Il progetto è stato sottoposto all'approvazione del Ministero nell'ambito della legge sulle città metropolitane e speriamo venga approvato per consentirci di verificarne l'efficacia.

Il Call Center Anziani

Un altro progetto di tipo imprenditoriale è in fase di lancio; si tratta di un *Call Center Anziani*, di cui la nostra città ha estremo bisogno. Se infatti lo *Sportello Socio-Sanitario* più sopra descritto ha molti limiti, ma comunque assiste gli anziani in stato di bisogno (gli unici cui il Comune rivolge la propria attenzione), tutti gli altri anziani e le loro famiglie non hanno un punto di riferimento garantito dall'Istituzione cui chiedere consiglio circa i servizi sociali e sanitari e chi li eroga. Così se un anziano ha bisogno di un domestico o di un servizio di pasti a domicilio o di un servizio di piccola manutenzione dell'appartamento o di un riabilitatore o solo di compagnia, non ha un centralino o sportello cui rivolgersi con fiducia. Un simile servizio di centralino e relativa rete di fornitori di servizi, garantiti dal Comune per qualità e prezzo, sarebbe di grande utilità per la cittadinanza e potrebbe contribuire a creare nuovi servizi e nuove imprese. Il progetto è stato appena terminato in ogni dettaglio, compreso ovviamente il *business plan* e attende di essere lanciato.

In conclusione

Nelle pagine qui presentate non ho la pretesa di aver tracciato in modo esaustivo un quadro di moderna visione della previdenza e dell'assistenza, ma ho solo proposto all'attenzione del lettore alcuni spunti di riflessione che lo convincano della urgente necessità degli italiani di guardare con più realismo ai problemi della nostra società, di capire che è necessario *"Reinventare il governo"*, cioè ammodernare le nostre Istituzioni ed il loro operato, alleggerire la morsa della cultura burocratica che ancora ci pervade, guardare e copiare ciò che di buono hanno fatto altre nazioni, volare più alto superando i piccoli privilegi, gli interessi corporativi estremi, le vecchie ideologie che rischiano di levare ossigeno al grande potenziale della nazione, impedendole di decollare verso il futuro e relegandola nella retroguardia europea.

Per far questo abbiamo bisogno di dibattere di più e di comunicare di più e meglio. Come per la sanità, anche il sociale per troppi anni è stato confinato in pochi e angusti spazi istituzionali. È tempo che l'opinione pubblica si riappropri di temi che tanto la interessano e che tanto incidono sulla qualità di vita di tutti gli Italiani.

C. Conclusioni

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha servito bene gli Italiani finora, ma oggi è giunto il momento di rivederne alcuni aspetti per renderlo anche in futuro sensibile ai bisogni sanitari dei cittadini. I rimaneggiamenti eseguiti negli anni passati hanno dato solo risultati modesti: nei primi anni del nuovo millennio sono state gettate le fondamenta per le necessarie riforme strutturali del sistema. Ora è necessario continuare sulla strada iniziata con avvedutezza e competenza, senza le pericolose derive ideologiche che nel passato hanno creato inefficienze e insoddisfazioni.

Alcune priorità di intervento per il 21° secolo sono a mio avviso le seguenti:

1. Il rapporto tra lo Stato e le Regioni va ripensato.

L'autonomia delle Regioni dovrebbe essere intesa come la loro facoltà di applicare alla realtà regionale le leggi di indirizzo fatte dallo Stato. Il divario tra le Regioni e i relativi guasti derivano dal fatto che lo Stato non ha più sufficienti poteri di indirizzo e controllo (compresi gli interventi correttivi). Autonomia non può essere senza controllo, e le Regioni deboli vanno aiutate nella gestione della sanità.

L'organismo tecnico per la revisione del sistema è l'ASSR (oggi Agenas), non la Conferenza Stato-Regioni che è un organismo politico.

2. Vanno misurate la quantità e la qualità delle prestazioni erogate da ogni regione a fronte del finanziamento ricevuto, in modo da migliorare il *value for money* (efficienza) oggi basso (vedi Porter e Teisberg, *Jama* 297, 1103, 2007).

L'inefficienza e la non qualità hanno costi altissimi. Bisogna aumentare la competizione sul valore, intesa come la capacità di incrementare continuamente la qualità e l'efficienza dei servizi resi. Nella qualità va compresa la sicurezza, che è spesso deficitaria.

3. Quantità e qualità possono essere misurate così da assicurare in ogni Regione valori minimi di standard. Così facendo si dà equità al sistema, si evitano sprechi, si riduce la migrazione sanitaria.

Si deve misurare l'*outcome* aggiustato per il rischio iniziale del paziente, non limitandosi solo alla mortalità, ma includendo altri parametri come complicazioni, tempo di guarigione, riabilitazione, necessità di ulteriori cure. Inoltre i risultati vanno analizzati insieme ai costi: mettendo insieme *outcomes* e costi si ha il modo di valutare il servizio sanitario che si eroga e di prendere decisioni di miglioramento.

Infine i risultati (*outcomes* + costi) vanno pubblicizzati: la collaborazione dei pazienti si basa sulla aperta informazione che ad essi viene data.

4. Se i medici non guidano questo cambiamento, altri imporranno soluzioni che spesso peggiorano la cura ai malati e mettono i medici in cattiva luce. Inoltre la cura deve essere riorganizzata e centrata sul ciclo di cura, non sulla specialità. Il paziente è interessato all'*outcome*. Ad esempio: bisogna curare il diabetico con tutte le sue comorbidità, non solo le cardiopatie o vasculopatie nel diabetico. Ciò implica che intervengano vari specialisti e l'effetto globale si misuri come *outcome* e si quantifichi come rimborso. Inoltre bisogna integrare il trattamento con la prevenzione, la riabilitazione e il monitoraggio. Da ciò discende l'importanza, soprattutto per le malattie croniche, dei Centri specialisti, ove il ciclo di cura è completo sulla singola affezione (obesità, diabete, cancro, ecc.). Nell'Ospedale questa riorganizzazione ripropone di affidare il paziente ad un olista (l'*hospitalist*) che coordina e organizza l'intervento degli specialisti di volta in volta necessari.

Anche le UTAP possono specializzarsi e formare Centri di riferimento per prevenzione e *screening*. Proprio l'accesso alle cure in fase precoce spiega in parte perché i sistemi a copertura universale hanno risultati buoni a costi minori.

5. Le Regioni devono imparare a fare *commissioning* (cioè capire i bisogni reali e proporzionarvi i servizi) e *strategic purchasing*, ossia accreditare solo le strutture migliori (in base alle misure di efficienza, appropriatezza e qualità) in numero ottimale.

La cattiva qualità e il dimensionamento scorretto sono causa di sprechi. Nel 2000 il FSN era 66 miliardi di Euro, nel 2006 96 miliardi (+5 per varie finalità): non si è visto un sostanziale miglioramento dei servizi.

6. Bisogna dare ai Generalisti maggior autorevolezza, maggiori possibilità di diagnosi e cura, più capacità cliniche e aggiornamento e richiedere loro più responsabilizzazione, sottponendoli anche a valutazioni di qualità e di merito. Va costituita la rete di assistenza a decrescente intensità di cura: UTAP, Ospedali locali, Centri di riferimento, RSA, Centri di riabilitazione e domicilio del paziente devono essere collegati e trasmettersi i dati del paziente che si muove nella rete.

7. Va potenziata e centralizzata la comunicazione ai medici e ai cittadini sui grandi temi della prevenzione e della cura, misurandone gli effetti. Fondamentale è che lo Stato centrale assuma un ruolo guida nel *marketing sociale*, che ha la capacità di modificare migliorandoli i comportamenti dei cittadini.

8. La motivazione del personale sanitario è un obiettivo ancora poco considerato: solo un personale che ama il suo lavoro si rapporta bene ai pazienti e li cura bene.
L'educazione e il riconoscimento dei meriti professionali, unitamente alla ricerca, sono un potente strumento di motivazione del personale e sono necessità urgenti.
Sul versante organizzativo le priorità sono, oltre all'aggiornamento del personale (*continuous professional development*), la comunicazione all'interno delle strutture, tra le strutture, con i cittadini ed i pazienti.
9. Va ripensata la facoltà di medicina ed i suoi rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale.
Premio per le Università che preparano meglio i medici, nuovo modo di formare gli specialisti, ricerca sono temi da rivedere.
10. Investimenti adeguati devono essere previsti nell'edilizia sanitaria, nell'informatica, nelle tecnologie e nel *technology assessment*.