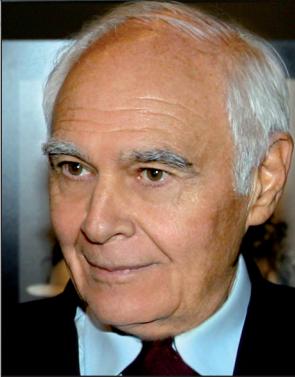


Girolamo Sirchia ha conseguito la libera docenza in semeiotica medica e in ematologia ed è Fellow del Royal College of Physicians of Edinburgh. Ha lavorato per oltre 40 anni all’Ospedale Policlinico di Milano, dove ha creato e diretto un moderno servizio trasfusionale, e fondato un’Associazione di Donatori di Sangue (Amici del Policlinico) che oggi conta oltre 20.000 donatori periodici. Il servizio trasfusionale ha fidelizzato i propri donatori attraverso un ampio programma di prevenzione e di counseling sanitario. Nel 1976 ha costituito il Nord Italia Transplant e nel 1993 la prima banca europea di sangue placentare, la Milano Cord Blood Bank. Ha pubblicato oltre 800 lavori scientifici. Estensore del “Manifesto bianco” in difesa dell’Ospedale pubblico a metà degli anni ‘80, è stato Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Milano dal 1999 al 2001 e per quattro anni Ministro della Salute. In qualità di Assessore ha svolto in particolare una politica di forte sostegno agli anziani soli e fragili e ha messo a punto una valutazione qualitativa delle Residenze Sanitario-Assistenziali di Milano, proporzionando la retta pagata dal Comune alla qualità dei servizi erogati ai ricoverati. Durante il suo Ministero tra l’altro ha redatto, nel 2003, la legge di riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Sempre nel 2003 ha presieduto a Milano la Riunione dei Ministri Europei della Salute, che ha concordato su un’azione comune per la promozione di stili di vita salutari ed ha chiuso il semestre italiano di Presidenza dell’Unione Europea, ottenendo l’approvazione di una serie di misure, tra le quali quelle riguardanti il farmaco, i trapianti di cellule e tessuti e lo screening per i tumori del colon-retto. Ancora nel 2003 ha ottenuto dal Parlamento la delega al Governo per redigere la legge di “**Tutela della salute dei non fumatori**” entrata in vigore il 10 gennaio 2005, seconda nell’Unione Europea dopo quella irlandese. Il 23 marzo 2005 ha siglato con le Regioni un patto che prevede il ridisegno dei più importanti aspetti della sanità italiana. Ha istituito l’Agenzia Italiana del Farmaco, il Centro di Controllo per le Malattie e per la prima volta ha inserito nella Legge Finanziaria per il 2005 la definizione degli standard di quantità e qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale dell’Educazione Continua in Medicina.

Foto di Bob Krieger



SIRCHIA SPUNTI PER UNA SANITÀ MIGLIORE

GIROLAMO SIRCHIA

SPUNTI PER UNA SANITÀ MIGLIORE



PICCIN

www.piccin.it



1925400



ISBN 978-88-299-2103-4
9 788829 921034

PICCIN

PICCIN

SPUNTI PER UNA SANITÀ MIGLIORE

In copertina
Ospedale Medioevale
(da un codice trecentesco del “Canone” di Avicenna)

Dello stesso Editore

Amadori – Ematologia. Le basi fisiopatologiche molecolari e cliniche
Arienti – Le basi molecolari della nutrizione
Bauer et al. – Analisi strumentale
Bevan/Mc Bride – Supervisione del laboratorio clinico
Bennett/Brackman – Infezioni ospedaliere
Bergmeyer – Principi di analisi enzimatica
Betterle – Le malattie autoimmuni
Betterle – Gli autoanticorpi
Boari – Emocromo: guida rapida all'interpretazione ragionata
Cao/Dallapiccola/Notarangelo – Malattie genetiche. Molecole e geni
Castoldi – Diagnostica ematologica
Dizionario Medico Enciclopedico illustrato a colori
Coppo/Gibertini – Dizionario delle analisi e ricerche cliniche d'uso corrente
Fradà – Semeiotica medica
Greenspan/Forsham – Endocrinologia clinica
Grignani/Notario – Generalità – Malattie del sangue e degli organi emopoietici
Gulletta – Citochine: ruolo in alcuni meccanismi fisiopatologici ed implicazioni nella medicina di laboratorio
Ishikawa/Kawai/Miyai – Dosaggi immunoenzimatici
Janeway/Murphy/Travers/Walport – Immuno-biologia
Jawetz/Melnick/Adelberg – Microbiologia medica
Larizza – Trattato delle malattie del sangue
Larizza/Capodicasa – Le malattie emorragiche
Larizza/Grignani/Martelli – Diagnostica delle malattie del sangue. Testo-atlante
Larizza/Martelli – Malattie del sangue e degli organi emopoietici
Lovisotto/Manachino/Olivetto – Eosinofili ed eosinofilie
Mandell – Atlante basilare delle malattie infettive
Mandell/Douglas/Bennett – Malattie infettive. Principi e pratica
Mariuzzi – Anatomia patologica e correzioni anatomo-cliniche

Mazzi – Tecniche istologiche e istochimiche
McCann/Foà/Smith/Conneally – Casi clinici di ematologia
Meduri/Notario – Testo-Guida alla Diagnostica clinica interattiva su CD-Rom
Mentasti/Saini – Analisi chimica cromatografica
Milanesi/Tani/Ciapini – Immunofissazione nella diagnostica di laboratorio. Testo Atlante
Milanesi/Tani/Ciapini/Spandrio – Principi e metodi di indagine immunoelletroforetica delle proteine urinarie
Nenci/Notario Del Prete – Malattie del sangue e degli organi emopoietici. Immunologia clinica
Pearse – Iсточимика
Pier/Lyczak/Wetzler – Immunologia, infezione, immunità
Pontieri – Patologia generale
Ravetto/Boccato – Atlante di citodiagnostica per aspirazione con ago sottile
Rizzotti/Pradella – I reticolociti
Siliprandi/Tettamanti – Biochimica medica Strutturale, metabolica e funzionale
Spandrio – Biochimica clinica speciale
Spandrio – Principi e tecniche di chimica clinica
Spandrio – Manuale di laboratorio
Tietz – Guida clinica alle analisi di laboratorio
Tozzoli/Bizzaro – La diagnostica di laboratorio nelle malattie autoimmuni sistemiche
Trattato di medicina interna – Fondato da P. Larizza
Trattato italiano di medicina di laboratorio – Fondato da A. Burlina
Vaira/Menegatti/Miglioli – Testo-Atlante a colori di diagnostica di laboratorio dell'infezione da Helicobacter Pylori
Vaira/Menegatti/Miglioli – Testo-Atlante a colori di patologia da Helicobacter Pylori
Verna – Diagnostica di laboratorio con i metodidella biologia molecolare

GIROLAMO SIRCHIA

**SPUNTI PER
UNA SANITÀ MIGLIORE**

PICCIN

Tutti i diritti sono riservati

È VIETATA PER LEGGE LA RIPRODUZIONE IN FOTOCOPIA
E IN QUALSIASI ALTRA FORMA

È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.

Ogni violazione sarà perseguita secondo le leggi civili e penali.

L'Editore assicura di aver compiuto ogni sforzo per rintracciare gli aventi diritto di ciascuna immagine e si scusa per le eventuali involontarie omissioni.

ISBN 978-88-299-2103-4

Stampato in Italia

© 2011 by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova
www.piccin.it

*A mia moglie,
che mi ha incoraggiato
a pubblicare questi spunti
e mi ha aiutato nella revisione
critica del testo*

INDICE

| | |
|---|------|
| Presentazione | XI |
| Prefazione | XV |
| Il libro in breve | XVII |
| | |
| <i>Capitolo 1 - I CARDINI DEL CAMBIAMENTO</i> | 1 |
| Introduzione | 1 |
| Potenziamento della prevenzione primaria | 2 |
| Il ridisegno della Medicina Generale (o delle cure primarie) | 3 |
| L'integrazione dei servizi sanitari | 4 |
| La misura dei servizi erogati | 5 |
| Il miglioramento continuo della qualità | 6 |
| Un sistema educativo e formativo più adatto ai bisogni di oggi | 7 |
| L'investimento nelle risorse umane | 9 |
| | |
| <i>Capitolo 2 - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE</i> | 11 |
| Premessa | 11 |
| Fumo | 12 |
| Il fumo in Italia | 14 |
| Che fare per contrastare il fumo? | 14 |
| Conclusioni | 21 |
| Alcool | 22 |
| Azioni sanitarie | 26 |
| Azioni istituzionali | 26 |
| Droga | 27 |
| Droghe pesanti e leggere | 28 |
| In conclusione | 28 |
| Sovrappeso e obesità | 29 |
| Come prevenire e curare l'obesità | 32 |
| L'obesità nei bambini | 35 |
| Attività fisica regolare | 36 |

| | |
|--|-----|
| <i>Capitolo 3 - L'INDIVIDUO E LO STATO</i> | 41 |
| La responsabilità dell'individuo | 41 |
| La responsabilità dello Stato | 45 |
| Gli strumenti dello Stato | 46 |
| L'esempio di New York City: il programma “Opportunity NYC” | 48 |
| Gli interventi pubblici di tipo strutturale | 51 |
| Conclusioni | 52 |
| <i>Capitolo 4 - L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE</i> | 55 |
| La situazione attuale | 55 |
| La Casa della Salute | 59 |
| Il <i>case manager</i> | 61 |
| Il coordinamento delle cure per cronici e anziani | 61 |
| La prevenzione primaria della vecchiaia e delle malattie croniche | 64 |
| Conclusioni | 67 |
| <i>Capitolo 5 - QUALITÀ E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE</i> | 71 |
| Definizione di qualità | 71 |
| La professionalità dei medici | 72 |
| La <i>leadership</i> medica | 74 |
| Come dimostrare di essere <i>leader</i> | 75 |
| Il <i>Continuous Professional Development</i> (CPD) | 76 |
| Il CPD e la rivalutazione | 79 |
| Le Linee Guida | 81 |
| L'integrazione degli interventi medici | 82 |
| La misura della qualità | 83 |
| La qualità percepita | 86 |
| Il miglioramento continuo della qualità nella sanità .. | 87 |
| La ricerca sanitaria | 90 |
| Conclusioni | 93 |
| <i>Capitolo 6 - LE RISORSE UMANE</i> | 97 |
| Il benessere dei medici | 97 |
| <i>Capitolo 7 - I COSTI DEI SERVIZI SANITARI E LA LORO SOSTENIBILITÀ</i> | 101 |
| Cause dell'eccessivo uso dei servizi sanitari | 101 |

| | |
|---|-----|
| Le strategie per contenere i costi del Servizio | |
| Sanitario Nazionale | 103 |
| Le Case della Salute possono migliorare la spesa? | 104 |
| Ma la salute è un costo improduttivo? | 109 |
| Conclusioni | 109 |
| <i>Capitolo 8 - IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. UN SISTEMA</i> | |
| IN CRISI? | 111 |
| Premessa | 111 |
| Alcune criticità italiane | 112 |
| Come superare le criticità | 117 |
| Le mie proposte | 118 |
| Chi deve disegnare, avviare, gestire il cambiamento .. | 120 |
| Quale metodologia utilizzare per il cambiamento .. | 123 |
| <i>Capitolo 9 - CONSIDERAZIONI FINALI</i> | |
| BIBLIOGRAFIA | 129 |
| APPENDICI | |
| Appendice A. La variabilità dei consumi | 149 |
| Appendice B. La lotta al tabacco in Italia | 155 |
| La legge per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo | 155 |
| Le iniziative da intraprendere oggi | 168 |
| Considerazioni finali | 171 |
| Allegato 1 | 173 |
| Allegato 2 | 176 |
| Appendice C. L'iniziativa del Custode Sociale per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio | 177 |

PRESENTAZIONE

In questi ultimi anni l'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri (ANPO) ha attraversato una tanto profonda quanto imponente trasformazione, potrei dire storica, una vera e propria "rivoluzione copernicana", che molti di noi hanno vissuto come una reale "traversata del deserto". Era, d'altra parte, inevitabile interpretare il nostro ruolo in modo diverso, con maggiore aderenza ad una nuova realtà, peraltro in continua evoluzione e cambiamento.

L'immagine, sostanzialmente sbiadita, di un Sindacato arroccato su posizioni di retroguardia che i nostri predecessori inseguivano da sempre, doveva per forza di cose lasciare il posto ad una moderna organizzazione, impegnata a fornire un importante contributo di pensiero, con caratteristiche di alto spessore culturale, che, pur tutelando interessi, funzioni, prerogative e figure proprie delle categorie rappresentate, tenesse conto del "sistema sanità" nel suo insieme, favorendo un miglioramento complessivo dei servizi al cittadino.

Con questa nuova visione, e con una tenace quanto paziente determinazione, la nostra Associazione ha dapprima superato alcuni anni di serie difficoltà, in relazione alla percentuale di rappresentatività, quindi riorganizzava le proprie fila e si "rifondava" con il convinto apporto di altre forze sindacali con le quali veniva saldato un patto di adesione forte, condividendo posizioni, obiettivi e percorsi. La bontà delle scelte effettuate trovava un importante e convinto momento di affermazione nella sottoscrizione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro lo scorso 6 maggio.

La nostra Associazione non si poneva più come un sindacato di sola "protesta", ma si manifestava come un sindacato di "proposta", quale parte attiva dell'intero sistema.

Nel solco di questo novellato momento fondante, il Dipartimento ANPO ricomponeva il proprio Centro Studi, affidandone la Presidenza e il Coordinamento al Prof. Girolamo Sirchia, al quale vanno rinnovati i sensi del nostro ringraziamento per aver accettato tale oneroso impegno, ricoperto con abilità, intelligenza e prestigio. Le iniziative assunte, grazie ai suggerimenti e alle proposte del Centro Studi, sono state numerose e qualificate ed hanno riscosso un concreto e notevole successo. Lo sforzo che l'Associazione ha profuso in questi ultimi tempi, ritrova, adesso, un ponderoso contributo del Prof. Sirchia in prima persona, che ha raccolto, nel modo pragmatico e di esemplificazione didattica propri di chi ha, per mezzo secolo, praticato la medicina (cui ha aggiunto una lunga esperienza amministrativa e legislativa dapprima, come Assessore al Comune di Milano e quindi come Ministro della Salute), questi "Spunti per una sanità migliore".

Ho letto la bozza, che il Prof. Sirchia ha avuto il garbo di farmi pervenire, tutta d'un fiato: leggevo, nero su bianco, i concetti che avevo tante volte ascoltato negli anni in cui avevo avuto l'avventura - e la fortuna - di essergli accanto, sia quale Commissario Straordinario degli IRCCS "Spallanzani" di Roma e "Pascale" di Napoli, sia in qualità di Vicepresidente della 1^a sezione del Consiglio Superiore di Sanità.

Come non ricordare le esortazioni del Ministro Sirchia, quando ci convocava, trattenendosi a lungo con noi, ad entrare anche nei particolari tecnici dei pareri da predisporre, e quando ci esortava a "pensare" su di un aspetto e/o un problema, o allorquando mi affidò l'incarico di raccogliere quanto era conosciuto nel mondo sulla figura dell'*Hospitalist* (un massacrante lavoro rimasto poi inutilizzato dai successori al Dicastero della Salute)?

Ho ritenuto di tratteggiare la “figura” del Prof. Sirchia per sottolineare come i Suoi “spunti” non siano i pensieri astratti di una “testa d'uovo” che studia a tavolino modelli teorici (per non dire metafisici), lontano mille miglia dalla realtà e destinati al fallimento. La concretezza e la pragmaticità del Prof. Sirchia, intrise della profonda cultura medica e della sua lunga esperienza di Primario Ospedaliero, consentono l'esplicitarsi di quel limpido pensiero che si avverte subito leggendo gli “Spunti per una sanità migliore”.

Come non essere d'accordo con il Professore?

La presente pubblicazione è stata organizzata in capitoli dai precisi riferimenti, iniziando dai cardini del miglioramento, ai principi etici di base, dagli ineludibili riferimenti all'invecchiamento della popolazione (con le note conseguenze), al grande tema della qualità, non tralasciando il patrimonio delle risorse umane, per giungere ad una disamina attenta e profonda sul Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso, valutandone i punti critici ma anche i punti di forza. Non poteva mancare un ampio riferimento alla legge che porta il Suo nome, per la “tutela dei non fumatori dal fumo passivo” che buona parte dell’Europa ha preso ad esempio. In conclusione, il lavoro del Prof. Sirchia è un formidabile contributo a comprendere come stanno le cose e come potrebbero stare pensando ad un futuro migliore per il Servizio Sanitario Nazionale, per la nostra Salute e per la nostra Sanità.

È stato quindi con grande entusiasmo che la nostra Associazione ha richiesto il privilegio di poter essere la curatrice di questo lavoro che rappresenta il pensiero del Prof. Sirchia, ma rappresenta anche la bandiera culturale del nostro Sindacato.

Raffaele Perrone Donnorso
Presidente Nazionale ANPO
Roma, giugno 2010

PREFAZIONE

Fin dai tempi più remoti l'uomo ammalato o ferito ha cercato il medico. La malattia provoca paura, un'quietudine che nasce da un pericolo di cui non conosciamo la gravità, i modi per curarci, la possibilità di guarigione. Nelle mani del medico, che vogliamo ben preparato, aggiornato e umanamente vicino, riponiamo le nostre speranze, le nostre paure, la nostra vita, giacchè non sappiamo o non abbiamo sufficiente lucidità e conoscenza per curarci da soli.

Il medico quindi per secoli ha rappresentato l'unico riferimento del malato, e lo ha curato ed aiutato anche quando il suo armamentario di diagnosi e cura era assai limitato. Nell'ultimo secolo tutto è mutato: l'armamentario del medico è cresciuto in modo impensabile, l'organizzazione della diagnosi e della cura e i relativi costi hanno imposto delle regole, nel rapporto tra i malati e i medici si sono inseriti elementi terzi che dovrebbero garantire l'erogazione delle cure migliori a tutta la popolazione a costi sostenibili.

In pochi anni questi soggetti terzi hanno raggiunto un ruolo dominante e hanno marginalizzato i medici spesso troppo concentrati sul loro lavoro quotidiano.

Curiosamente e malauguratamente oggi la cura dei malati non è più prerogativa esclusiva dei medici. I politici e gli amministratori decidono (spesso senza i medici) quali prestazioni erogare, quale armamentario consentire, le regole organizzative e gestionali cui anche i medici devono attenersi. La cosa potrebbe anche essere tollerabile se questa ingerenza non medica fosse colta, discreta e moralmente al di sopra di ogni

dubbio. Purtroppo la realtà è un'altra, i risultati sono assai discutibili e i medici hanno progressivamente perduto il loro ruolo primario nella sanità. Questa anomalia non giova a nessuno, scontenta i medici, nuoce ai pazienti e non frena la spesa.

È tempo che il sistema sanitario venga ripensato e riportato ai suoi valori originali, ricentrato sul medico e sul suo rapporto con il malato in un clima di miglioramento continuo della qualità, cui consegue anche un risparmio nella spesa senza grossolani tagli e tetti indiscriminati. Il Servizio Sanitario Nazionale è stato adottato per migliorare la salute degli italiani, non per controllare i costi, anche se le risorse vanno impiegate con sapienza e competenza.

Spetta però ai medici avviare il cambiamento, uscendo dall'inerzia e dalla rassegnazione in cui sono piombati. Ho cercato di schizzare alcuni spunti di cambiamento tenendo conto dei contributi più recenti della letteratura scientifica. Ho attinto principalmente alla letteratura inglese e americana perché ritengo che queste forniscono, meglio di altre fonti, soluzioni e discussioni pragmatiche, con rispetto dei dati, con analisi ben fatte, con minor condiscendenza alle intrusioni della politica.

Dedico questo lavoro a tutti i medici italiani ma in particolare all'ANPO e al suo Presidente del quale ho apprezzato il continuo e intelligente sforzo per il miglioramento della sanità italiana valorizzando a questo scopo il ruolo centrale della cultura e della conoscenza.

Girolamo Sirchia

POST SCRIPTUM. Per coloro che non hanno tempo o voglia di leggere tutto il volume, ho preparato le due seguenti pagine riassuntive, che costituiscono in definitiva il messaggio che il libro vuole trasmettere.

IL LIBRO IN BREVE

La buona sanità dipende da due principali fattori:

- 1) la soddisfazione del personale sanitario e in particolare dei medici
- 2) una organizzazione e una gestione adeguate.

1. La soddisfazione dei medici

- La soddisfazione dei medici dipende dalla loro motivazione, preparazione, dalla possibilità di acquisire uno stato sociale elevato e di migliorarlo continuamente.
- Per raggiungere tutto questo la strada inizia dalla selezione attitudinale dei giovani che vogliono iscriversi a medicina: non tutti possiedono doti di compassione verso i problemi di chi soffre, di disponibilità nei loro confronti. Non basta infatti la dottrina a fare un buon medico.
- Una volta selezionato, il giovane deve essere preparato per diventare un buon medico olista e poi un buon specialista. Ciò esige una Università di elevato livello tecnico ed etico, con docenti dedicati e capaci.
- Il buon medico si aggiorna e si perfeziona tutta la vita con un programma di *Continuous Professional Development* (CPD) che si sviluppa sul lavoro, ma che esige un ambiente professionale adeguato a supportarlo e a valutarne i risultati. Nel portfolio di un medico devono figurare il continuo affinamento clinico, ma anche le attività di tipo culturale e comportamentale, le sue capacità di integrarsi con l'ambiente in cui opera e di migliorarlo con una attività di ricerca sanitaria, dedicata ad accrescere la qualità dei servizi alla persona.

- La valutazione dei medici si baserà sulla capacità professionale, ma anche sulle loro doti umane misurate dalla loro disponibilità, dalla capacità di integrarsi nell'ambiente in cui operano, dal giudizio dei colleghi, dei superiori e dei pazienti.
- La buona attività deve ottenere dei riconoscimenti che vanno dalla riconferma della abilitazione professionale ai riconoscimenti accademici, dai miglioramenti economici alla progressione di carriera. Una carriera articolata su molteplici livelli ed un contratto di lavoro che garantisca i minimi, ma dia ampio spazio alle valutazioni di capacità e di merito, sono fattori indispensabili a garantire la soddisfazione dei medici e la loro motivazione a migliorare.

2. L'organizzazione e la gestione

In questo ambito i fattori più critici sono:

- la partecipazione dei medici alla organizzazione e gestione della sanità;
- l'integrazione dentro l'Ospedale, iniziando dal Grand Round interdipartimentale per disegnare i percorsi di diagnosi e cura dei singoli pazienti, dalla presenza in corsia del medico generalista con funzioni di coordinamento tra gli specialisti (*l'hospitalist*), dal piano precoce di dimissione ospedaliera, fino alla delega al Dipartimento di effettuare prestazioni di numero e qualità concordate, a fronte della disponibilità di risorse umane ed economiche e della autonomia di impiegarle al meglio, in analogia a quanto accade nella divisione industriale;
- l'integrazione dei servizi erogati dalla ASL, intesa come l'insieme di reti a diversa intensità di cura (dall'Ospedale alla RSA, alla Casa della Salute, al domicilio); ogni rete può divenire un'Azienda con un contratto unico per tutto il personale medico che vi lavora e può competere con altre reti in base alla qualità e ai costi;

- il paziente, dotato di una sua cartella elettronica che lo segue nella rete, viene assistito laddove è più opportuno per la sua salute, seguito e guidato dal medico generalista e da un *case manager*;
- la prevenzione e la salute pubblica sono temi che interessano le popolazioni e non le singole persone: per questo, e per ridurre i costi, esse dovrebbero essere responsabilità esclusiva del Ministero della Salute e, solo in via subordinata, delle Regioni (cui competono l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari alla persona), senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Va comunque tenuto presente che non può esserci buona sanità se non si riduce l'invadenza della politica nella gestione quotidiana dei servizi.

Ringrazio Daniela Notari che ha curato tutti gli aspetti segretariali di questo lavoro, Valeria Varisco che ha eseguito l'impaginazione e Maria Laurora che ha curato la grafica.

LA PUBBLICAZIONE DI QUESTO LIBRO È STATA POSSIBILE GRAZIE AL SUPPORTO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PRIMARI OSPEDALIERI.

*God, grant me the serenity
to accept the things I cannot change,
courage to change the things I can,
and wisdom to know the difference*

“The serenity prayer”
di Autore ignoto
(attribuita al teologo protestante
Reinhold Niebuhr, primi anni '40,
ma probabilmente in uso
da molti secoli)

Capitolo 1

I CARDINI DEL CAMBIAMENTO

Introduzione

Per realizzare un sistema moderno di protezione della salute vi sono alcuni punti fermi che vanno conosciuti e condivisi. Innanzi tutto va accettato il principio che **la salute è un motore economico della nazione**: una popolazione in buona salute determina una maggior crescita economica.

La spesa pubblica per la salute è quindi un investimento e non una spesa di consumo¹.

I 53 Ministri della Salute della Regione Europea hanno firmato a Tallinn (Estonia) il 27/6/2008 una "**Carta europea della salute**" che impegna i relativi Stati a rafforzare i rispettivi Servizi Sanitari e renderli più responsabili e trasparenti sul versante economico.

La "Carta di Tallinn" prevede in sintesi per ogni Stato firmatario di:

- spendere per la salute;
- spendere bene;
- migliorare continuamente la *performance* del Sistema Sanitario (copertura universale, promozione della salute e prevenzione, efficienza organizzativa e gestionale, qualità dei servizi forniti, interventi tesi a monitorare e migliorare i determinanti di salute);

- attenersi alla "*health in all policies*" dell'Unione Europea che afferma che la salute della popolazione dipende non solo dal Servizio Sanitario, ma da molte altre componenti: finanza, agricoltura, educazione, trasporti, ambiente, reddito delle famiglie, equità sociale.

I Ministri della Salute devono catalizzare l'attenzione dei rispettivi Governi su tutti questi aspetti della società, evitando che la salute della popolazione sia considerata un peso economico non produttivo² e creando una nuova alleanza tra Società e Medicina³.

Peraltro va assicurata la **sostenibilità economica del Servizio Sanitario**. La continua crescita della spesa sanitaria che si registra in tutti i Paesi è solo in parte evitabile, ma uno sforzo deve essere fatto in questa direzione per consentire che il Servizio Sanitario continui ad essere sostenibile. I cardini di questo impegno sono la lotta agli sprechi (i costi della non qualità, dell'inappropriatezza e dell'inefficienza), il perseguimento della cost-effectiveness degli interventi di diagnosi e cura, un maggiore sviluppo della medicina preventiva e della salute pubblica, una maggior consapevolezza della popolazione che utilizza i servizi sanitari, una politica meno invasiva e più colta, un ridisegno organizzativo di alcuni settori, quali le cure primarie e l'assistenza socio-sanitaria degli anziani fragili e delle malattie croniche. Di conseguenza è necessario procedere prioritariamente con le azioni di seguito descritte.

I. Potenziamento della prevenzione primaria

La promozione di stili di vita salutari e le altre misure di prevenzione primaria sono il mezzo più efficace e meno costoso per mantenere la salute e ridurre i danni causati dall'invecchiamento. È possibile infatti rallenta-

re l'invecchiamento e le patologie croniche ad esso collegate, tramite stili di vita salutari fin dalla prima infanzia (alimentazione corretta, equilibrata e moderata, attività muscolare e mentale appropriate e quotidiane, ambiente libero dal fumo di tabacco)⁴. La prevista forte crescita del numero dei soggetti con 65 o più anni d'età mostra l'importanza di rallentare l'invecchiamento. È stato calcolato che, se riuscissimo a rallentare l'invecchiamento di 7 anni, il rischio specifico per ogni età di morte, fragilità e disabilità si dimezzerebbe⁵.

Importante per la prevenzione primaria la consapevole adesione di ogni cittadino, facilitata però da una adeguata serie di provvedimenti normativi sull'esempio di quanto realizzato nella città di New York (vedi oltre)⁶.

II. Il ridisegno della Medicina Generale (o delle cure primarie)

Il medico delle cure primarie deve essere preparato ad effettuare tutte le funzioni che gli competono e che, secondo il modello di Starfield, sono le seguenti⁷:

- a. il primo contatto con il paziente, inteso come persona che ha bisogni non solo sanitari, ma anche umani; l'accesso facile e i rapporti umani sono elementi fondamentali a questo riguardo;
- b. la continuità delle cure;
- c. la globalità delle cure;
- d. il coordinamento delle cure (e quindi l'integrazione con gli altri erogatori di servizi socio-sanitari).

Recentemente si insiste molto nei Paesi anglosassoni sulla Casa della Salute come strumento di miglioramento delle Cure Primarie (vedi oltre) ed è stato proposto di affidare loro anche il compito di istruire gli specializzandi in Medicina Generale (sotto la direzione di una

Facoltà universitaria che includa fra i docenti anche medici generalisti), facendoli lavorare come residenti negli ambulatori almeno per un anno durante la specialità in Medicina Generale⁸. I medici generalisti che lo desiderano e ne hanno le caratteristiche dovrebbero poter accedere ad una carriera accademica, che certo contribuirebbe a nobilitare e migliorare la Medicina Generale⁹.

The academic practitioner

- If you devote yourself to being the best practitioner you can be, you will improve the lives of thousands of patients in your working lifetime. If you teach students and young doctors, you will help to improve the lives of hundreds of thousands of patients. If, through research, you change the way we all practise, you will help to improve the lives of millions.
- Experienced General Practitioner (GP) trainers may decide to take time out of their practice on a regular basis to become course organisers of training schemes, associate directors, or directors of postgraduate GP education within the deanery structure.
- The other alternative is to get involved in continuing medical education for GPs. Further information on academic clinical fellowship programmes in general practice can be obtained from the National Institute for Health Research Coordinating Centre for Research Capacity Development (www.nccrcd.nhs.uk) through local postgraduate centres and programmes, as a GP tutor.
- The Association for the Study of Medical Education lists a range of courses on its website (www.asme.org.uk).

III. L'integrazione dei servizi sanitari

È quella che Chris Ham chiama la “*rivoluzione in sanità*”¹⁰. Per affrontare il continuo aumento dei costi in sanità

bisogna cambiare l'attuale paradigma che si propone di curare il cittadino quando si ammala in un altro che incentiva i medici di base a impegnarsi nei programmi di **promozione della salute e di prevenzione**, cercando di mantenere sani i propri assistiti il più a lungo possibile, così da minimizzare la necessità di futuri interventi curativi. Questo significa potenziare con piani socio-sanitari pluriennali gli stili di vita salutari, oggi validati in numerosi ambiti (come gli accidenti cardiovascolari, i tumori, l'osteoporosi, ecc.), e la prevenzione, il monitoraggio e il trattamento delle malattie croniche.

Per ottenere tutto questo bisogna integrare, all'interno di ogni ASL, i medici generalisti con gli specialisti, gli Ospedali pubblici e privati, le RSA, gli Istituti di Riabilitazione e con il domicilio. Bisogna anche promuovere la competizione tra ASL e tra gruppi integrati socio-sanitari, ma non tra singoli erogatori di servizi sociali e sanitari. Si potrebbe cominciare con due iniziative:

- creazione di networks tra medici generalisti, Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP o Case della Salute) e Servizi di Comunità per il monitoraggio e la cura degli anziani fragili e dei pazienti con malattie croniche;
- disponibilità di specialisti ospedalieri presso le UTAP. Per i servizi sociali la Gran Bretagna consente il voucher, ma in questo Paese la scelta dei providers è supportata da un Centro di Coordinamento (la centrale operativa per gli anziani), che è tenuto a monitorare e misurare i servizi sociali acquistati dai singoli, al fine di rilasciare l'accreditamento agli erogatori di servizi¹¹.

IV. La misura dei servizi erogati

È necessaria innanzi tutto la definizione degli standard quanti-qualitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza

(LEA) (ossia numero e qualità delle prestazioni erogate) e il loro rilevamento sistematico Regione per Regione e ASL per ASL, come previsto esplicitamente dall'art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria 2005).

Una volta definiti gli standard, è necessario procedere con la misurazione dei servizi, indispensabile per una serie di motivi:

- a. garantire ai cittadini che il denaro introitato dalle Regioni per la sanità venga effettivamente speso per i servizi sanitari;
- b. attuare correttivi di qualità e quantità dei servizi così da assicurare equità e uniformità su tutto il territorio nazionale;
- c. effettuare il *benchmarking* fra gli erogatori di servizi al fine di correggere eventuali inappropriatezze e sprechi di risorse.

Per la definizione quantitativa di riferimento può essere utile il metodo di Campari¹² (Appendice A) realizzato su commissione del Ministero della Salute.

Per la definizione qualitativa è necessario (quando possibile e per gli interventi più frequenti e costosi) misurare gli *outcomes* delle cure in termini di miglioramento della durata e qualità di vita, aggiustando per il rischio relativo del paziente. I risultati infine devono essere divulgati¹³. Sulla scorta dei Centri Servizi Medicare e Medicaid si potrebbe per legge non pagare per prestazioni che non siano **necessarie e ragionevoli**¹⁴.

V. Il miglioramento continuo della qualità

Il miglioramento della qualità è indispensabile in quanto soddisfa due interessi fondamentali:

- per il singolo cittadino, la garanzia di essere curato al meglio delle possibilità offerte dalla medicina;
- per la collettività, la garanzia che la trasformazione del denaro in valore (servizi) è efficiente (*value for money*). L'argomento viene approfondito più oltre.

VI. Un sistema educativo e formativo più adatto ai bisogni di oggi

La scuola ha il compito di dare ai giovani i fondamenti educativi di tipo intellettuale, morale e fisico. La selezione attitudinale e di merito e la valutazione educativa e cognitiva sono indispensabili.

La funzione del Liceo. La scuola media superiore deve essere disegnata per preparare primariamente lo studente a ragionare, per coinvolgerlo nelle arti e nelle scienze, per prepararlo ad essere un buon cittadino, per insegnargli a scrivere e a comunicare sia in italiano che in inglese, per insegnargli come si acquisisce e si aggiorna la conoscenza. Accanto a questi aspetti prioritari lo studente verrà anche educato nelle singole materie¹⁵, ma bisogna ricordare che la scuola media superiore deve fare di lui un uomo moderno e consapevole, un buon cittadino e non un pre-specialista con l'occhio puntato ad una scelta professionale che verrà fatta in seguito. Tra le materie grande spazio va dato all'attività sportiva di tipo agonistico per la sua capacità di formare il carattere.

La funzione del Corso di Laurea. È essenziale che il corso di laurea formi un medico olista attento al paziente e ai suoi bisogni globali e non uno pseudo-specialista o un tecnico¹⁶; questo è fondamentale per ridare al medico e alla medicina il credito perduto in questi anni. Non tutte le persone hanno attitudine ad essere clinici

Key Messages from Educating Tomorrow's Doctors¹⁶

- Provision of patient care must remain the key element of education and training but time must be allowed for communication and other "soft" skills within training.
- Communication skills are critical and should be integral to all curriculums.
- Leadership training should be incorporated into curriculums
- More regulatory support is needed for staff grade doctors.
- The role of trainers must be fully recognised, accredited and supported.
- Current training structures will need to offer greater flexibility for trainees.

nel senso completo del termine. La laurea in medicina e chirurgia può dare al futuro medico la conoscenza e l'abilità pratica necessarie ad esercitare la professione, ma nulla può sulle caratteristiche individuali del soggetto (integrità, *leadership*, capacità di comunicare e di rapportarsi, autocontrollo, affidabilità, carattere socievole, ecc.). Per questo motivo è necessario che i candidati che vogliono iscriversi a medicina vengano selezionati non tanto per la loro preparazione culturale, quanto per le qualità personali non cognitive^{15,17}.

L'UK Clinical Aptitude Test (UKCAT) sembra costituire un discreto (anche se non ottimale) metodo di selezione per gli studenti liceali che chiedono di iscriversi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, almeno per quanto concerne le capacità cognitive non accademiche^{18,19,20}, ma è necessaria ancora molta ricerca in questo settore.

Dopo la laurea. È raccomandabile un primo periodo di 2-3 anni di *residency* ospedaliera per consentire una

valutazione di attitudine e capacità professionale che consenta o impedisca l'inserimento in una carriera di tipo clinico^{21,22,23}. Peraltro anche i docenti dovrebbero dimostrare con modalità oggettive la loro attitudine e volontà ad insegnare e seguire i discenti.

La Specialità va acquisita primariamente sul campo (sia in patria che all'estero).

L'educazione continua e il *Continuous Professional Development* (CPD) sono indispensabili per tutti i medici, in ogni fase della loro vita professionale. Si tratta di un insieme di attività autogestite dal medico e documentate in un "portfolio", o meglio un e-portfolio, che si esercitano nella pratica quotidiana e vengono sistematicamente supportate e valutate da un supervisore (vedi oltre).

VII. L'investimento nelle risorse umane

Il principio generale e più importante è che nessun Servizio Sanitario può essere completamente soddisfacente se i medici che in esso operano non sono contenti e motivati.

“When physicians are unwell,
the performance of health-care systems
can be suboptimum”²⁴

Capitolo 2

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Premessa

Le sfide principali per la salute pubblica sono oggi rappresentate da: invecchiamento, obesità, inattività fisica.

L'invecchiamento della popolazione mette a serio rischio i servizi sanitari giacché l'età che avanza si correla con elevati costi; il maggior costo è imputabile alle malattie croniche (1/4 degli Europei è in trattamento per tali malattie). Gran parte delle malattie croniche è legata a scorretti stili di vita e alla mancanza di prevenzione (ad esempio: ipertensione, diabete di tipo 2, osteoporosi). Le malattie croniche, che in USA assorbono il 75% di tutta la spesa sanitaria, sono in larga misura causate da fattori di rischio modificabili. Peraltro, agli indiscutibili vantaggi della promozione della salute fa riscontro un investimento molto esiguo: 1-3% della spesa sanitaria totale.

Se vogliamo vivere a lungo e bene ed evitare il collasso del Servizio Sanitario Nazionale dobbiamo seguire stili di vita salutari e potenziare la prevenzione.

The adage that prevention is better than cure is as true today as it has ever been²⁵

Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha assegnato priorità alla prevenzione delle malattie croniche per il prossimo decennio²⁶.

Quattro fattori di rischio (fumo, inattività fisica, alcool e dieta inappropriata) sono responsabili del 38% di tutte le morti in USA²⁷: sono queste le morti prevenibili.

**“Un'oncia di prevenzione vale quanto
una libbra di cura”**

(Benjamin Franklin)

Fumo

È difficile identificare un'altra condizione in cui ad alte prevalenza e letalità si associa tanta negligenza sanitaria malgrado la possibilità di interventi efficaci. In particolare colpisce la scarsa partecipazione dei medici nella lotta al tabacco.

La nicotina, la sostanza più nota del fumo di tabacco, è una droga che interagisce con specifici recettori presenti nel sistema nervoso centrale e principalmente nel sistema dopaminergico mesolimbico (cosiddetto centro cerebrale della ricompensa). La stimolazione di questi recettori provoca rilascio di dopamina²⁸ e conseguente sensazione di soddisfazione. Però il pericolo del fumo non è soltanto la nicotina, ma anche decine di altre sostanze tossiche che si sprigionano con la combustione e che sono in parte volatili e in parte semivolatili o non volatili.



I danni da fumo di sigaretta

- Il fumo di tabacco è responsabile di circa il 30% di tutte le morti per cancro²⁹.
- Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le sigarette sono la causa del 20% delle morti nei Paesi sviluppati, oltre ad essere causa del 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare, il 20-25% delle malattie cardiovascolari.
- Negli USA il fumo è responsabile di circa 440.000 morti all'anno (inclusi i 38.000 morti per esposizione al fumo passivo) e di una perdita economica di 157 miliardi di dollari l'anno. Applicando questi valori all'Italia stimiamo di avere ogni anno oltre 70.000 morti con un aumento di spesa legata a cause sanitarie di 26 miliardi di dollari l'anno, pari a 18 miliardi di euro^{30,31}.
- Circa il 50% dei fumatori incalliti muore per il fumo.

Nelle sigarette inoltre vengono usati più di 100 additivi finalizzati a:

- a. camuffare l'odore della combustione;
- b. aumentare l'assorbimento del fumo nei polmoni (al fine di accrescere l'assuefazione);
- c. sedare la tosse³².

Il fumo di tabacco è stato classificato tra gli agenti cancerogeni di prima categoria³³ ed è un pericoloso inquinante ambientale. Il fumo (attivo e passivo) contribuisce significativamente alla presenza di particolato fine (PM 2.5) negli ambienti chiusi³⁴.

I livelli ambientali di PM 2.5, anche a livelli inferiori ai minimi proposti di 35 mcg/m³ nelle 24 ore, si associano ad aumentato rischio di ospedalizzazione per malattie cerebrovascolari, scompenso di cuore e infezioni delle vie respiratorie³⁵.

Il fumo in Italia

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità³⁶, nel 2010 vi sono in Italia 11,1 milioni circa di fumatori (pari al 21,7% della popolazione di età uguale o superiore a 15 anni: 23,9% uomini, 19,7% donne). Di questi, il 21,9% ha età compresa tra 15 e 24 anni.

Il costo del fumo

- In Italia il fatturato delle vendite legali di sigarette è 12,5 miliardi di euro l'anno. Nel 2001 si vendevano 101,6 milioni di Kg di sigarette; nel 2004 98,8; nel 2005 92,8; nel 2009 89,1 milioni.
- Negli Stati Uniti è stato stimato che ogni fumatore costa 3.391 dollari l'anno in patologie e giornate di lavoro perse (in Italia circa 20 miliardi di euro)³⁰.
- Il rapporto del *National Consumer Council* in Gran Bretagna ha calcolato che le malattie prevenibili causate da fumo, alcool, obesità e sesso non sicuro costano al Regno Unito 260 miliardi di euro l'anno, e che un miglioramento del 5% degli stili di vita comporterebbe un risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale di £ 1 miliardo³⁷.

L'84% dei fumatori inizia a fumare prima dei 17 anni (34,5% prima dei 15 anni). La percentuale dei fumatori è progressivamente calata negli anni: la loro prevalenza era 26,2% nel 2004, 28,9% nel 2001, 32% nel 1990. Tuttavia è preoccupante la crescita recente di fumatori fra le donne e i giovanissimi.

Che fare per contrastare il fumo?

Le azioni da intraprendere sono raggruppabili in tre aree:

- a. tutela della salute dei non fumatori dal fumo passivo
- b. prevenzione dell'iniziazione al fumo nei giovani
- c. aiuto ai fumatori che vogliono smettere.

1) Proteggere i non fumatori

Il fumo passivo causa gravi malattie negli adulti e nei bambini. I residui del fumo persistono a lungo negli spazi chiusi e il rischio aumenta quando un comune contaminante ambientale (l'acido nitroso) che si trova in tali spazi reagisce con i residui della nicotina a formare potenti sostanze cancerogene³⁸. Inoltre, anche alcuni metalli pesanti come cadmio e piombo, presenti nel fumo di tabacco, si depositano su arredi e vestiti così che, anche dopo la cessazione del fumo attivo, l'esposizione delle persone continua³⁹.

Implementing smoke-free environments

- Second-hand tobacco smoke kills 600,000 people each year: about 10% of all deaths caused by tobacco (5 millions/year all over the world).
- There is no safe level of exposure to second-hand tobacco smoke.
- Globally, about one third of adults are regularly exposed to second-hand tobacco smoke.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009⁴⁰

Vi è evidenza che per i soggetti con malattia coronarica latente o manifesta l'esposizione al fumo passivo è dannosa quasi quanto il fumo attivo cronico⁴¹. L'esposizione al fumo passivo aumenta del 25-31% il rischio di infarto miocardico acuto. La proibizione del fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro ha ridotto del 20-30% l'incidenza di patologia coronarica acuta^{42,43}.

In Italia la riduzione sembra essere più contenuta (7%-11%). L'effetto positivo del divieto è rapido: secondo Meyer *et al*⁴² si realizza entro tre mesi. Per questo motivo è importante che i cardiologi operino sistematicamente uno *screening* e un *counseling* circa l'esposizione del paziente al

fumo passivo oltre che attivo⁴⁴, insistendo sull'astinenza dal fumo in casa e in automobile.

La proibizione del fumo in tutti i locali pubblici e in tutti i luoghi di lavoro migliora la funzione respiratoria, previene le malattie croniche (polmonari e vascolari), aumenta la durata della vita⁴⁵. L'OMS raccomanda che tutte le nazioni promulgino e facciano rispettare leggi che impongono che tutti i locali pubblici e i luoghi di lavoro siano al 100% *non-smoking* e attuino strategie per ridurre l'esposizione al fumo passivo nelle abitazioni³³.

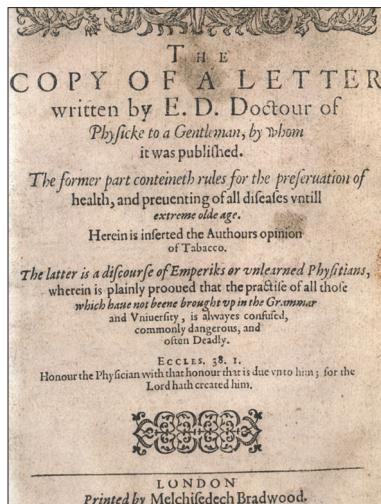
La Legge 16 gennaio 2003, n. 3, art. 51 "Protezione della salute dei non fumatori e misure per combattere il fumo passivo nei luoghi di lavoro e all'interno dei locali pubblici chiusi" è discussa in dettaglio nell'Appendice B, che riporta anche alcune proposte per continuare e ampliare la lotta al fumo di tabacco.

2) Prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani

Già nel 1606...

La lettera scritta dal Dott. Eleazar Duncon⁴⁶ nel 1606 (pubblicata a Londra da Melchisedech Bradwood nello stesso anno) è stata ritrovata recentemente dai bibliografi del Royal College of Physicians di Edimburgo. Precorrendo i tempi essa dice testualmente che il tabacco è "dannoso e pericoloso per la gioventù".

Lettera scritta da Eleazar Duncon nel 1606 e pubblicata dal Royal College of Physicians of Edinburgh (RCPE)⁴⁶



To conclude, sith it is so hurtfull and dangerous to youth, I wish (in compassion of them) that it might haue the pernicious nature expressed in the name, and that it were as well knownen Youths-bane, by the name of Youths-bane, as by the name of Tabacco.

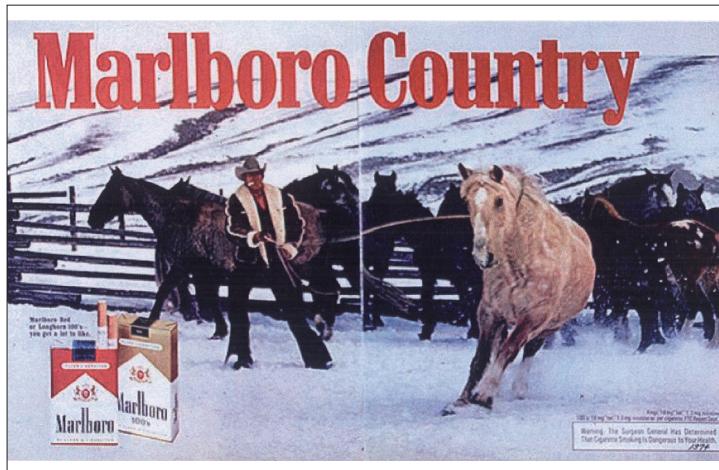
Ai giorni nostri...

Il 23 luglio 2008 il NICE (*National Institute of Clinical Evidence*) ha emanato una Linea Guida per prevenire l'iniziazione del fumo nei giovani di età inferiore ai 18 anni. Il Regno Unito pertanto comincia ad affrontare il secondo obiettivo strategico della lotta al fumo di tabacco (il primo è la proibizione del fumo in tutti i locali pubblici e i luoghi di lavoro). Per ottenere il risultato è necessario intervenire con un ventaglio di iniziative contro l'iniziazione al fumo dei giovani. Le più efficaci sono riportate di seguito.

1. Attuare campagne contro il fumo utilizzando il "**Social Marketing**" sull'esempio dello Stato di Washington (USA). Il *Social Marketing* è la sistematica applicazione dei concetti e delle tecniche di *marketing* per ottenere in predefinite popolazioni specifici comportamenti tesi al benessere sociale^{47,48,49}.

I network sociali in particolare incidono pesantemente sulle usanze della gente. Se si diffonde l'idea che fumare è *smart*, molti fumano; se l'idea che circola è che fumare è segno di basso livello culturale e sociale, molti non fumano^{36,50}.

2. Ridurre il numero ed il tipo di punti vendita di sigarette, inclusi i distributori automatici, così da rendere evidente che i prodotti del tabacco non sono normali beni di consumo, bensì prodotti pericolosi che la società tollera, ma disapprova; vigilare sulla vendita illegale ai minori di 18 anni, punendo severamente i trasgressori.



Autore: Philip Morris

Data: 1974

Brand: Marlboro



Autore: Philip Morris

Data: 1990

Brand: Marlboro

3. Incrementare progressivamente e significativamente le accise sulle sigarette fino a portare il costo del pacchetto a 8-10 euro nel giro di 4 anni.
4. Usare la *media education*, cioè insegnare alla popolazione come scoprire quali interessi si celano dietro i messaggi pubblicitari.
5. Coinvolgere la scuola, le famiglie e le comunità nella lotta al fumo.
6. Investire il personale sanitario di un ruolo attivo nell'educare i pazienti con l'esempio e le parole.
7. Soprattutto contrastare energicamente i modelli sociali imposti dalla pubblicità, sia quella manifesta (proibita in molti dei Paesi evoluti), sia quella indiretta ed occulta (ad esempio film e *fiction*, lo stesso *brand* utilizzato per altri settori merceologici, legami con lo sport, ecc.).

La pubblicità effettuata per decenni dai produttori di sigarette è stata micidiale.

La campagna **Marlboro Country** (con il MESSAGGIO: *"Fumare Marlboro significa entrare in un mondo maschio, libero, indipendente e non conformista"*) e quella di **Virginia Slims** (MESSAGGIO: *"Fumare aiuta a non ingrassare, è di moda, è un simbolo della liberazione della donna e della parità sessuale"*) hanno cambiato il modo di fare la pubblicità, prefigurando quasi un primordiale esempio di *Cause Related Marketing*, inteso come la strategia che riesce a legare il marchio a una causa di rilevante interesse sociale⁵¹, causa che nel caso in questione veniva spacciata per un'affermazione di personalità, libertà ed emancipazione determinata dalla rottura di superati schemi e vincoli sociali.

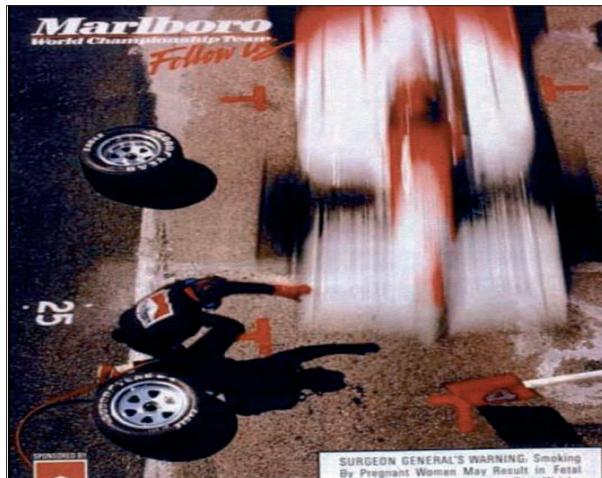
La sponsorizzazione di Marlboro delle auto da corsa ha "autonomizzato la marca" dagli oggetti e dai prodotti.



Autore: Philip Morris

Data: 1974

Brand: Virginia Slims



Autore: Philip Morris

Data: 1997

Brand: Marlboro

La marca diventa un principio astratto che può essere applicato a qualsiasi oggetto, cioè vive di vita propria⁵². Per la pubblicità del tabacco l'industria del settore ha speso nel 2003, negli USA, 15,2 miliardi di dollari (erano 5,7 miliardi nel 1997). La presenza di fumatori nei film, che sappiamo correlare direttamente con la quantità di fumatori nei giovani, è cresciuta progressivamente dal 1990 al 2002, anno nel quale si sono raggiunti i livelli del 1950⁵³.

3) Aiutare i fumatori a smettere di fumare, offrendo un servizio adeguato e gratuito

Il tabagismo viene oggi classificato come un disturbo del comportamento multidimensionale e viene quindi inquadrato fra le patologie psichiatriche e sottoposto a cura con farmaci e psicoterapia.

In Italia esiste una rete di centri per la disassuefazione al fumo (censita dall'Istituto Superiore di Sanità). Va tuttavia ricordato che molti fumatori smettono da soli e che alcuni criticano la medicalizzazione per la cessazione dal fumo, che deresponsabilizzerebbe la popolazione dei fumatori riducendo la loro fiducia in se stessi⁵⁴.

Conclusioni

Dobbiamo essere consapevoli che la potente combinazione di assuefazione dei soggetti, forze commerciali, argomenti di libertà civile, ha rallentato e continua a rallentare la trasformazione delle conoscenze scientifiche in politiche a favore della salute pubblica⁵².

Pertanto l'azione di contrasto al fumo di tabacco dovrebbe essere ininterrotta, condotta su tutti i fronti con risorse e strumenti adeguati, senza mai abbassare la guardia.

Alcool

L'abuso di alcolici comporta il rischio di danni fisici, mentali e sociali.

Anche se la risposta all'alcool è individuale, tutti i forti bevitori sono a rischio di sviluppare disturbi digestivi ed epatici, depressione, tumori o ictus; 1 su 4 inoltre sviluppa dipendenza da alcool.



L'Italia non figura tra i Paesi ad elevato consumo di alcool (che supera di poco i 10 litri per anno e per persona), come riportato nella Figura 1. Tuttavia si assiste a una crescita preoccupante dei modi pericolosi di bere alcolici: 15% di coloro che assumono alcolici bevono più di 5 *drink* per volta o non hanno raggiunto l'età minima per bere.

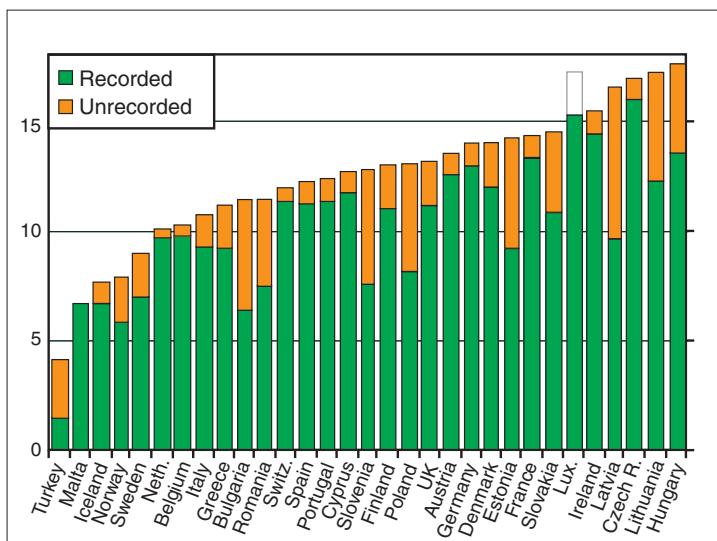


Fig. 1 - Adult alcohol consumption (litres per year, per person)⁵⁵

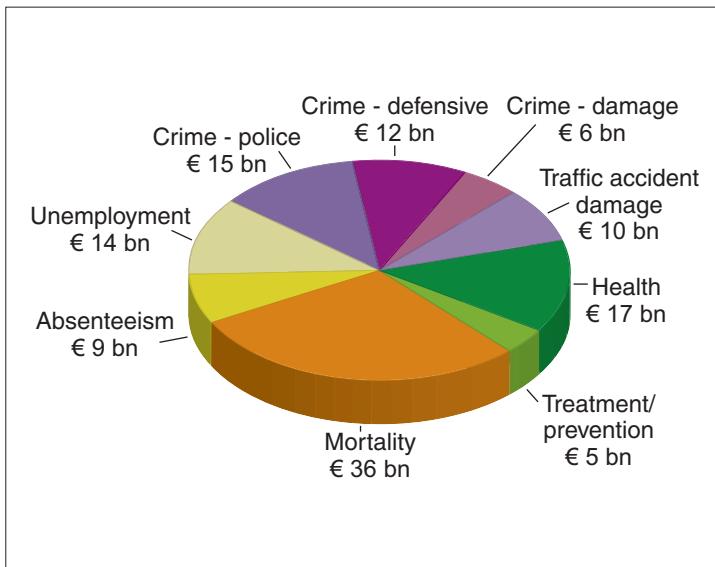


Fig. 2 - *The tangible cost of alcohol in Europe 2003 by cost component⁶⁵*

Una parte dei giovani inoltre associa all'alcool droghe o altre sostanze chimiche, creando cocktail diversi, che possono essere anche molto tossici.

I danni economici provocati dall'alcool, i cui costi si aggirano intorno all'1,3% del PIL, derivano, come illustrato nella Figura 2, da:

- costi sociali (incidenti del traffico, atti criminali, assenteismo e disoccupazione);
- costi sanitari.

Lo sballo da droga e alcool comporta incidenti stradali e atti di violenza, per un costo che nel 2006 ha superato 10 miliardi di euro.

La dipendenza dall'alcool è primariamente una patologia della gioventù, con un'età media di insorgenza a 21 anni. In molti casi la patologia è episodica e non cronica. Molti pazienti possono guarire e quindi è necessario identificarli e avviarli al corretto trattamento.

Limiti massimi consentiti

Per uomini sani tra 18 e 65 anni:

- non più di 4 *drink* al giorno e
- non più di 14 *drink* la settimana

Per donne sane (e uomini sani con più di 65 anni):

- non più di 3 *drink* al giorno e
- non più di 7 *drink* la settimana

Per tutti, astinenza dall'alcool

- se di età inferiore a 18 anni
- se in gravidanza
- se in terapia con farmaci che interagiscono con l'alcool

N.B. Una dose standard (o *drink*) è pari a 14 g di alcool puro ed equivale a 12 once di birra (350 mL), 5 once di vino (150 mL), 1,5 once di liquore (45 mL).

La maggior parte dei forti bevitori non viene individuata dai medici in quanto questi non effettuano una specifica indagine sull'uso di alcolici, anche se esiste una guida semplice per effettuare questo *screening* (Fig. 3).

Se il paziente è un forte bevitore, bisognerebbe valutare se nei precedenti 12 mesi ha ripetutamente:

- a. rischiato di farsi un danno fisico (guida in stato di ebbrezza);
- b. avuto problemi relazionali (in famiglia, con gli amici);
- c. disatteso obblighi lavorativi, scolastici, familiari;
- d. avuto problemi giudiziari o legali.

[Se la risposta è positiva ad 1 o più quesiti il paziente ha una malattia da abuso di alcool].



Fig. 3 - Lo screening per abuso di alcolici⁵⁶

In ogni caso bisognerebbe valutare se nei pregressi 12 mesi il paziente:

- a. in più occasioni non è riuscito a limitarsi e più volte non ha rispettato i limiti massimi d'assunzione;
- b. ha avuto bisogno di bere sempre di più;
- c. ha mostrato sindrome di astinenza (tremori, insonnia, nausea quando ha cercato di smettere);
- d. ha continuato a bere malgrado l'indicazione clinica di smettere;
- e. ha passato molto tempo a bere e a smaltirne gli effetti;
- f. ha dedicato meno tempo alle sue attività preferite.

[Se la risposta è positiva a 3 o più quesiti il soggetto ha assuefazione (dipendenza) dall'alcool].

Uno *screening* ancor più semplice è il Questionario CAGE, che si basa su 4 domande:

1. Hai mai sentito il bisogno di ridurre (**cut**) l'assunzione di alcool?
2. Hai mai avvertito insofferenza (**annoyed**) per le critiche al tuo bere?
3. Non ti sei mai sentito in colpa (**guilty**) per il tuo bere?
4. Hai mai preso appena sveglio "qualcosa per aprire gli occhi? (**eye**)"

[Se la risposta è positiva a 2 o 3 domande il sospetto di alcolismo è alto, se lo score è 4 l'alcolismo è certo⁵⁷].

Azioni sanitarie

Lo *screening* da parte dei medici dovrebbe avvenire in ogni occasione in cui vengono a contatto con i pazienti che, se forti bevitori (pur non rientrando nei criteri di dipendenza dall'alcool) sono comunque a rischio di sviluppare problemi legati all'alcool.

In questi casi il medico deve iniziare a consigliare fortemente al paziente di smettere e deve aiutarlo in questo sforzo facendo insieme un programma e sostenendolo anche con l'aiuto di uno specialista.

Nel trattamento è importante abbinare ai farmaci un breve supporto psicoterapico (terapia cognitivo-comportamentale).

Azioni istituzionali

1 - La comunicazione

Bisogna far capire che la società disapprova, anche se tollera, l'assuefazione e ciò solo a condizione che non provochi danno agli altri e a se stessi.

Severa deve essere la punizione per gli utilizzatori che ledono i diritti degli altri (ad esempio guida in stato di ebbrezza).

2 - Azioni di contrasto efficaci

1. Limitare i punti vendita e gli orari di somministrazione e vendita di alcolici. In Gran Bretagna l'incremento delle ore di apertura dei pub ha generato un incremento di azioni violente e criminose e una maggiore afferenza di ubriachi ai Pronto Soccorso.
2. Aumentare i controlli (anche con corpi ausiliari) e inasprire le sanzioni pecuniarie: sospendere la licenza di vendita o erogazione di alcolici e tabacchi a coloro che servono i minori di anni 18.
3. Aumentare le accise sugli alcolici.
4. Promuovere educazione sanitaria nelle scuole elementari e medie.
5. Realizzare campagne rivolte al pubblico generale e ai suoi sottoinsiemi nel contesto di una ben strutturata azione di *marketing* sociale.

Droga

La *Royal Society of Arts Commission* ritiene che tabacco, alcool e droga debbano essere accomunati e combattuti insieme. Tutti e tre inducono assuefazione e richiedono provvedimenti di riduzione del rischio per sé e per gli altri. L'abuso di alcool e droga (e la dipendenza) non sono un problema morale, ma una malattia complessa di tipo psico-fisico che non può essere curata con la legalizzazione e la decriminalizzazione.



L'esperienza della **Svizzera** (con il *needle park*), quella dell'**Italia** (con l'autorizzazione di dosi per uso personale) e dell'**Olanda** (con i *coffee shops*) è stata fallimentare.

“La disponibilità è la madre dell'uso”⁵⁸

La Svizzera ha raccolto 20.000 drogati provenienti da varie parti in una piccola area di Zurigo e ha dovuto cessare la sperimentazione prima di contagiare tutta la città. L'Italia ha uno dei più alti livelli di dipendenti da droga in Europa. L'Olanda ha visto triplicare in otto anni il numero di adolescenti che usano marijuana e ha dovuto ridurre il numero di *coffee shops*, innalzare a 18 anni l'età minima di ammissione e ridurre la quantità di droga venduta in questi locali.

Di converso in Svezia dopo un più intenso controllo sull'uso di droghe, specie tramite una maggiore azione di polizia, si è verificata una sensibile riduzione (ad 1/3 dell'uso medio europeo). Negli USA anche i minorenni vengono arrestati se trovati in possesso di droga: l'arresto può diventare una buona opportunità per avviare i giovani al recupero sia sociale che clinico.

Droghe pesanti e leggere

Secondo Antonio Maria Costa, Direttore *UN Office on Drugs and Crime*, la pericolosità della cannabis, ritenuta per antonomasia una droga leggera, non differisce da quella della cocaina e dell'eroina e vi è evidenza oggi che il suo uso può provocare o peggiorare serie malattie mentali. Per questo motivo lo stesso *Lancet* ha ritrattato di recente la sua affermazione del 1995 che "fumare cannabis anche a lungo non provoca danni alla salute".

In conclusione

1. Le droghe sia pesanti che leggere fanno male alla

- salute e per questo sono illegali nei Paesi evoluti e tali devono restare.
2. La ampia disponibilità ed il basso costo ne aumentano il consumo, specie da parte dei più giovani e dei meno abbienti.
 3. Il controllo stretto sulla detenzione e l'uso di droghe riduce i consumi e consente di avviare coloro che le usano a programmi di recupero sanitario e sociale.

Sovrappeso e obesità

Il sovrappeso e l'obesità, definiti come *Body Mass Index** compreso tra 25 e 30 e >30 rispettivamente, sono stati definiti un'epidemia del 21° secolo. Essi sono causa di molte e gravi complicanze.



Il soggetto in sovrappeso o obeso è esposto a un maggior rischio di diabete di tipo 2 (da cui il neologismo *diabesity*), tumori e incidenti cardiovascolari; questi ultimi associati in particolare all'obesità addominale.

Per questo è utile misurare la circonferenza della vita che nell'età adulta non deve superare 94 cm nell'uomo e 80 cm nella donna.

$$\text{* BODY MASS INDEX (BMI)} = \frac{\text{PESO (in kg)}}{\text{ALTEZZA (in m)}^2}$$

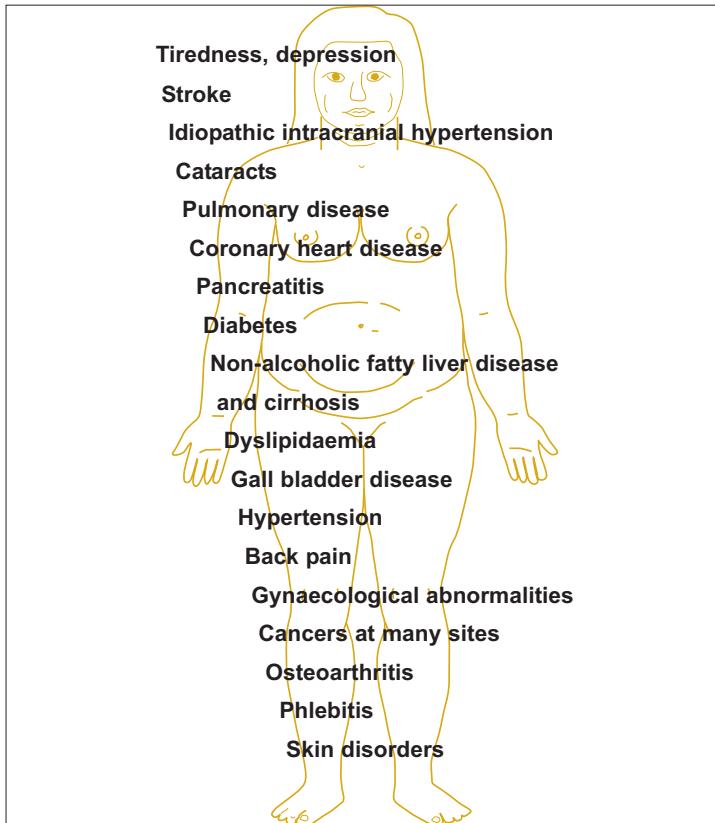


Fig. 4 - Complicanze dell'obesità⁵⁹

Il rischio diventa elevato con valori superiori a 102 e 88 cm rispettivamente.

L'obesità comporta anche un aumentato rischio di malattie del fegato, ipertensione, affezioni osteo-articolari ecc. (Fig. 4) e riduce l'attesa di vita di circa 10 anni (Fig. 5).

Se il peso corporeo diminuisce (di almeno il 5%) la prognosi migliora sensibilmente⁶⁰.

Anche negli anziani (> 60 anni) la mortalità è associata

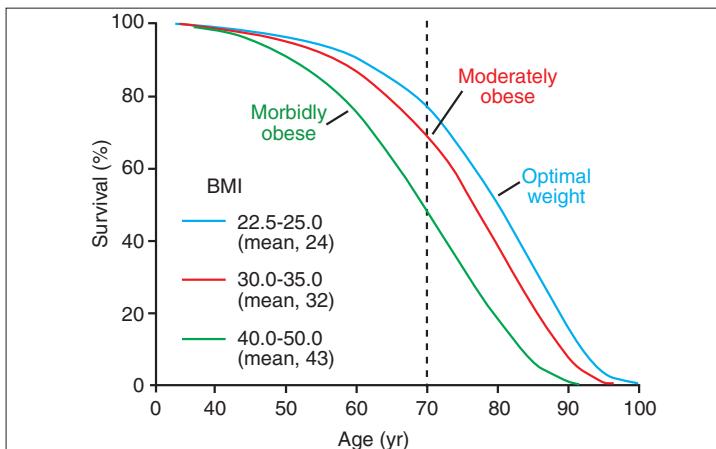


Fig. 5 - Effects of BMI on Survival among Men between the Ages of 35 and 100 Years.

Morbid obesity and cigarette smoking each shorten life expectancy by approximately 10 years, and moderate obesity shortens it by approximately 3 years. The Figure shows the results of the analysis from the Prospective Studies Collaboration of body-mass index (BMI) among men; the effects among women are not greater⁶¹.

direttamente alla circonferenza vita e inversamente al fitness cardiorespiratorio. Obesità e fitness sono due indipendenti fattori predittivi della mortalità.

Nelle comunità afro-americane statunitensi 69% degli uomini e 81% delle donne sono sovrappeso con una prevalenza del diabete di tipo 2 del 14,7%, più del doppio di quella della restante popolazione⁶².

L'obesità e il sovrappeso costano il 7% della spesa sanitaria (in USA \$ 147 miliardi l'anno); in Italia 10 miliardi di euro più le giornate perse, per un totale di circa 20 miliardi di euro.

Le valutazioni eseguite mostrano che il recente incremento dell'obesità è causato principalmente dall'aumentata ingestione di cibi fortemente energetici, dovuta in particolare a:

- produzione di cibi *energy dense* a basso costo;
- pasto fuori casa;
- grandi porzioni.

In Italia

Secondo l'OMS:

- Il 26,9% dei maschi adulti e il 21,2% delle femmine è in sovrappeso.

Dal 1983 al 2005:

- gli uomini in sovrappeso (BMI compreso tra 25 e 30) sono aumentati del 9,8% e gli obesi (BMI >30) del 3,1%;
- le donne in sovrappeso sono cresciute del 4,9% e quelle obese del 2,1%.

Come prevenire e curare l'obesità

A questo fine è necessaria un'azione combinata tra il singolo individuo e la collettività, ma diciamo subito che i risultati finora conseguiti sono assai limitati. Il singolo cittadino in particolare deve essere consapevole del suo interesse a seguire una alimentazione corretta e ad impegnarsi con sistematicità in una appropriata attività fisica. La collettività deve intervenire con provvedimenti normativi adeguati. Eccone alcuni che toccano ambiti diversi, riportati nella Tabella I.

Altri interventi utili includono:

- politiche fiscali a favore dei cibi ipocalorici, poveri di grassi saturi e trans, e a favore di vegetali e frutta (bisogna rendere conveniente la produzione, la vendita e l'uso di cibi sani);

- Uso delle gambe nella vita quotidiana (salire le scale, andare a scuola e al lavoro a piedi o in bicicletta).
- Non troppe ore davanti alla TV o al computer.

- forte azione dei medici e del Servizio Sanitario Nazionale per rilevare, prevenire e curare il sovrappeso;
- iniziative per favorire il movimento e l'attività fisica;
- azioni tese a incoraggiare il consumo di cibi poco calorici e salutari e ridurre le porzioni;
- promozione di autoverifiche del peso e del movimento, sport di squadra, azioni finalizzate a giovani e vecchi.

L'efficacia di questi provvedimenti è tuttavia limitata,

Tab. I - Ambiti e tipo di interventi⁶³

● Trasparenza

Produttori e ristoranti devono dichiarare i contenuti di tipo nutrizionale dei cibi

● Sorveglianza

Il Servizio Sanitario Nazionale deve censire, organizzare e monitorare le azioni intraprese

● Educazione (scuole)

- Vanno rimosse le macchine che vendono prodotti alimentari non salutari (bibite zuccherate, snack, ecc.)
- Deve essere ben organizzata l'attività fisica
- Va attuata l'educazione nutrizionale
- Vanno assicurati cibi appropriati nelle mense

● Responsabilità

Vanno represse pratiche, prodotti, affermazioni e pubblicità false o distorcenti o pericolose tramite normazione o tassazione

● Zoning

È necessario limitare la presenza di *fast food* nelle aree abitate ed aumentare la possibilità di attività fisica e di promozione degli stili di vita salutari

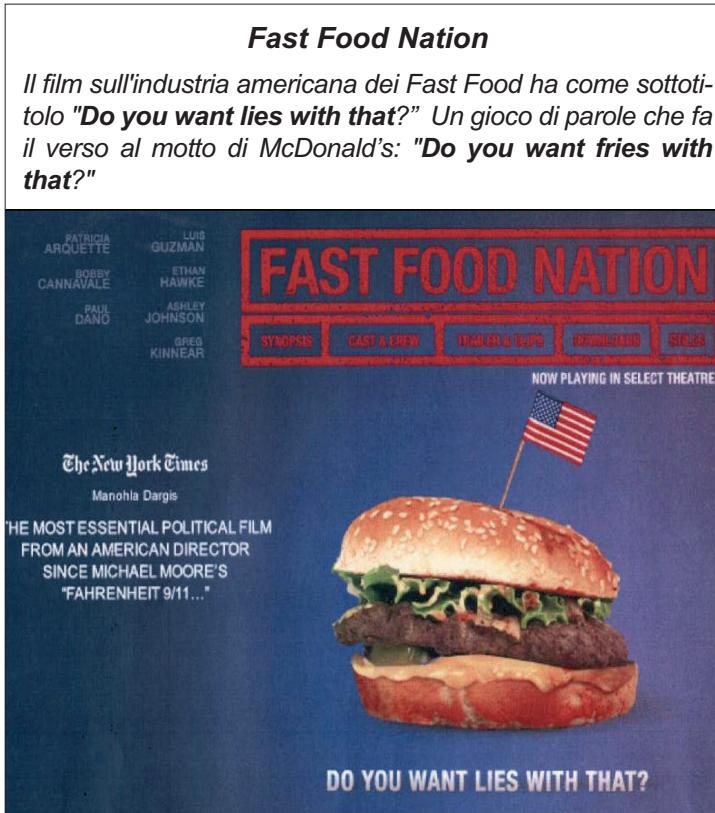
Alimentazione corretta

- Ridurre grassi saturi e trans, colesterolo, alcool e zuccheri semplici; assumere grassi derivati da olio d'oliva e pesce (non più del 20% della dieta)
- Consumare:
 - frutta e verdura verde in abbondanza
 - cereali integrali
 - yogurt magro (o latte scremato)
- Non aggiungere più di 5 g di sale al giorno
- Assumere 5 g di K⁺ al dì (con la frutta)
- Ridurre il consumo di carne e di grassi animali
- Assumere piccole porzioni in piatti piccoli
- Controllare il peso ogni giorno e bilanciare l'apporto calorico con il consumo energetico

Adeguata attività fisica

- Aerobica per la funzione cardiovascolare
- *Stretching* per la flessibilità
- Esercizi di resistenza per la forza muscolare

giacchè la più importante causa di obesità sembra essere il difficile compromesso tra la gratificazione immediata offerta dall'ingestione di cibo e i benefici ritardati dell'alimentazione corretta⁶⁴. Inoltre l'industria del cibo è molto potente e tende con ogni mezzo a far crescere il consumo per massimizzare il profitto. Gli interventi normativi devono essere ad ampio spettro, combinando l'educazione dei consumatori con i fattori ambientali, inclusa la disponibilità e la possibilità di accedere a frutta e verdura. Per questo sono necessari provvedimenti che facilitano sorgenti nuove per tali alimenti, quali le cooperative alimentari, i mercati degli agricoltori, le coltivazioni di gruppo, anche per ridurre i costi di intermediazione⁶⁵.



L'obesità nei bambini

Secondo l'OMS, in Italia il 4% dei bambini e degli adolescenti è obeso. Anche nel caso dell'obesità la popolazione pediatrica ha caratteristiche diverse da quella adulta e non si possono trasferire *tout-court* ai bambini le conoscenze acquisite negli adulti (in altri termini il bambino non è un piccolo adulto ma un soggetto diverso con caratteristiche sue proprie).

L'obesità infantile riconosce sia cause genetiche (biologiche) che psico-sociali e ambientali.

Sembra che l'eccessivo aumento di peso della madre durante la gravidanza, un allattamento al seno troppo breve e una insufficiente durata del sonno durante l'infanzia aumentino il rischio di sovrappeso nei bambini, giacchè influirebbero sullo sviluppo dei circuiti ipotalamici che regolano il peso corporeo e le funzioni del pancreas endocrino e di alcuni cicli metabolici⁶⁶. Anche l'obesità dei familiari sembra essere un altro elemento determinante.

Tra le cause ambientali incidono:

- l'esposizione alla pubblicità di cibi e bevande;
- la qualità delle mense scolastiche;
- l'attività fisica e gli ambienti nei quali viene svolta;
- il comportamento dei coetanei;
- le abitudini familiari.

Poco ancora si sa sull'obesità infantile e sul modo di combatterla, in particolare sul tipo di dieta da adottare, sugli stili di vita da promuovere e sui modi per coinvolgere le famiglie, la scuola, la comunità, l'industria e la pubblicità ad operare in favore e non contro la salute dei bambini.

Tuttavia l'obesità infantile va considerata a tutti gli effetti una malattia cronica.

Childhood obesity as a chronic disease⁶⁷

Attività fisica regolare

Il contrasto all'obesità e al sovrappeso non può prescindere da una regolare attività fisica.

L'attività fisica regolare aumenta:

- la capacità aerobica;



Move a little more, eat a little less
Both sides of the energy equation must be tackled⁶⁸

- la forza muscolare;
- l'agilità e il coordinamento dei movimenti;
- il funzionamento del metabolismo, con miglioramento della densità ossea, del profilo lipidico, della sensibilità all'insulina e della funzione immunitaria.

“L'attività fisica non deve comportare una frequenza cardiaca superiore all'80% della frequenza massima (che si calcola sottraendo da 220 l'età in anni del soggetto)”

Notevole infine l'effetto ipotensivo negli ipertesi e quello antidepressivo nei depressi.

La Tabella II riporta il dispendio energetico di una persona di 70 kg ottenuto con attività di diverso tipo.

**Tab. II - Calories/hour expended
in common physical activities***

| Moderate Physical Activity (MPH) | KCal/hr |
|---|----------------|
| ● Hiking | 370 |
| ● Light gardening/yard work | 330 |
| ● Dancing | 330 |
| ● Golf (walking and carrying clubs) | 330 |
| ● Bicycling (<10 MPH) | 290 |
| ● Walking (3.5 MPH) = 5,6 Km/hour | 280 |
| Vigorous Physical Activity | KCal/hr |
| ● Running/jogging (5 MPH) = 8 Km/hour | 590 |
| ● Bicycling (>10 MPH) | 590 |
| ● Swimming (slow freestyle laps) | 510 |
| ● Aerobics | 480 |
| ● Walking (4.5 MPH) = 7 Km/hour | 460 |
| ● Heavy yard work (chopping wood) | 440 |

* Calories burned per hour for a 70 kg (154 lb) person, encompassing both resting metabolic rate calories and activity expenditure. Some of the activities can constitute either moderate- or vigorous-intensity physical activity depending on the rate at which they are carried out (for walking and bicycling).

Source: adapted from the 2005 DGAC Report⁶⁹

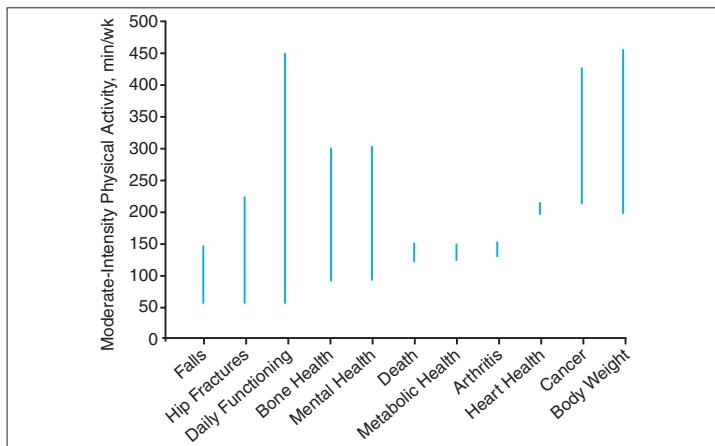


Fig. 6 - Effetto dell'attività fisica moderata in minuti per settimana sulle patologie indicate⁷⁰

Pertanto i soggetti attivi fisicamente presentano un rischio minore di malattie cardiovascolari, ictus, diabete di tipo 2, tumore del colon, osteoporosi, depressione, traumi da caduta.

L'effetto positivo dell'attività fisica è legato al tempo ad essa dedicato, come indica la Figura 6.

Il minimo raccomandato di attività aerobica moderata (ad esempio camminata veloce) è 150 min/settimana. Ulteriori vantaggi si possono ottenere raddoppiando tale valore⁷¹.

Agli adulti si consiglia di non limitare l'attività fisica alla sola aerobica ma di aggiungere, almeno due volte la settimana, attività che aumentino l'elasticità e la forza di tutti i gruppi muscolari più importanti.

La Task Force on Community Preventive Services ha realizzato una Guida per la Comunità che illustra gli interventi di provata efficacia⁷².

Guida per la Comunità

Per aumentare l'attività fisica dei cittadini la *Task Force on Community Preventive Services*⁷² ha individuato 11 interventi di tipo:

- a) educativo-informativo
- b) comportamentale e sociale
- c) normativo

a) Interventi educativo-informativi

basati su campagne per i cittadini con l'aiuto di:

- gruppi di auto-aiuto
- consigli sull'attività fisica più idonea
- screening dei fattori di rischio
- eventi per i cittadini
- piste ciclabili e aree pedonali
- segnali promozionali nei punti di decisione (cartelli vicino all'ascensore per suggerire di fare le scale)
- uso dei media

b) Interventi comportamentali e sociali per:

- scuola (non solo lezioni ma più tempo per gli sport di squadra)
- famiglia (perché contratti con i ragazzi gli obiettivi di salute, come la riduzione del tempo dedicato a tv e computer, e i premi per i risultati ottenuti)
- datori di lavoro (perchè promuovano l'attività fisica nell'ambiente di lavoro)

c) Interventi normativi:

- strategie per una adeguata distribuzione sul territorio dei luoghi per l'attività fisica
- riduzione delle barriere al loro uso (più ore di apertura, meno spese)
- cambiamenti nella politica dei trasporti
- presenza di luoghi per fare attività fisica vicini e comodi e non inquinati*
- loro illuminazione e sicurezza

* L'esposizione ai gas di scarico dei motori diesel (alle concentrazioni proprie del traffico urbano) aumenta il rischio di ischemia miocardica e riduce l'attività del tPA, proteina che ha attività antitrombotica⁷³.

Capitolo 3

L'INDIVIDUO E LO STATO

La salute, come molti altri ambiti della vita civile, è una responsabilità condivisa tra la società, i medici e i pazienti (Tabella III).

La responsabilità dell'individuo

La *British Medical Association*, nel 2007, ha stabilito che è necessario far emergere l'obbligo per i cittadini di mantenere, migliorare e ripristinare la loro salute, di rispettare la salute degli altri e di contribuire all'efficienza del servizio sanitario nazionale.

Analoga posizione è stata assunta nel 1988 dalla Germania per legge (all'interno del codice della sicurezza sociale), nel 2005 dalla Scozia e nel 2007 dallo Stato della Virginia in USA.

In Italia l'art. 32 della Costituzione parla di **diritto alla salute**, senza precisare che cosa si intende con tale dizione né se vi sia corresponsabilità del cittadino nella tutela della sua e altrui salute.

Anche se la corresponsabilità del cittadino è ammessa concettualmente, è molto difficile in pratica definire se è stata disattesa e quali ripercussioni pratiche debbano derivare sull'erogazione dei servizi sanitari.

Il problema è particolarmente acuto nel caso di persone

Tab. III - Examples of Quality-Related Health Care Obligations of Physicians, Health Care Institutions and Patients⁷⁴

| Quality-Related Obligations with the Best Reasonable Effort and Consistent With Current Professional Knowledge | Physicians | Institutions | Patients |
|---|-------------------|---------------------|-----------------|
| | To the patient | To the population | To the patient |
| ● Be accessible for timely patient encounters or arrange appropriate coverage | x | | |
| ● Accurately identify the patient's goals within a trusting, compassionate and communicative clinical relationship | x | | |
| ● Guide or help shape the patient's goals in a manner that is respectful of patient autonomy | x | | |
| ● Determine how to achieve the patient's goals in a manner that maximizes benefit and minimizes risk | x | | |
| ● Initiate and skilfully carry through processes of care that enable achievement of the patient's goals | x | | |
| ● Measure effects of care processes | x | | |
| ● Advocate for or provide fair resource levels to maximize the patient's access to existing services | x | x | |
| ● Facilitate coordination and continuity of care for the patient among appropriate health care facilities | x | x | |
| ● Advocate for improving existing services or implementing new ones | x | x | |
| ● Facilitate or participate in ethical health care interventions enabling equitable, efficient or greater distribution of health care resources | | x | x |
| ● Facilitate equitable, efficient or greater distribution of health care resources | | x | x |
| ● Facilitate or participate in monitoring physician and health care institution quality | | x | x |

German social security code

Under article 1 of the code, individuals have "co-responsibility" for their health and are expected to lead a health conscious lifestyle and play an active role in treatment and rehabilitation. Other provisions include:

- services must only be used insofar as necessary
- copayments are to be requested where treatment is required as a result of a criminal activity, deliberate self-harm, or a "non-medically indicated measure such as cosmetic surgery, a tattoo, or a piercing"
- financial incentives are to be provided to those taking part in preventive measures, screening, and check-up programmes, those taking part in managed care programmes, or those who do not use general practitioner or hospital services over prescribed periods
- threshold for copayments of chronically ill and cancer patients are to depend on their compliance with screening and treatment regimens

svantaggiate socialmente ed economicamente, perché possono essere ritenute responsabili per fattori che sono al di fuori del loro controllo.

Infine, se ai cittadini lo Stato non offre le opzioni salutari, è molto difficile imputare loro la responsabilità totale del mantenimento della salute.

"Liberty not only means that the individual
has both the opportunity
and the burden of choice;
it also means that he must bear
the consequences of his actions...
Liberty and responsibility are inseparable"

Friedrich A. von Hayek (1899-1992)

Scottish NHS Patients' Charter

Responsibilities of individuals are listed under the following headings:

- Look after yourself
- Treat healthcare staff considerately
- Keep your appointments
- Let us know if you have to cancel
- Make sure we can contact you
- Follow advice and treatment
- Ask about anything you don't understand
- Use health services appropriately
- Take care with medicines
- Help us stop the spread of infection
- Other ways you can help

West Virginia Medicaid Member Agreement

The responsibilities for Medicaid recipients on the enhanced plan include:

- Follow the rules of the West Virginia Medicaid programme
- Make best efforts to stay healthy; attend special classes as ordered
- Read the booklets and papers given out and ask for help in case of questions
- Attend your medical home (or bring your children) for check-ups and when sick
- Take prescribed medicines
- Keep or cancel appointments for yourself or your children
- Use the hospital emergency room only for emergencies

La responsabilità dello Stato

Negli anni '80, e fino ad oggi, vi è stata una fiera opposizione all'intervento dello Stato, che è stato dipinto come un grande male. Il richiamo allo Stato etico di Platone e in tempi più recenti di Giovanni Gentile ricorre spesso e a sproposito. Secondo gli oppositori è il mercato che deve assicurare qualità e valore anche nelle aree connesse alla salute.

Negli anni '90 la globalizzazione ha ulteriormente erosato gli sforzi di proteggere la salute pubblica: in una logica dove *cheaper is better*, la qualità viene compromessa ed i rischi per la salute aumentano (vedi la contaminazione dell'eparina prodotta in Cina con condroitin-solfato ipersolfatato, e le sue complicatezze cliniche quali l'ipotensione grave o mortale; l'utilizzo delle valvole cardiache brasiliane difettose; l'utilizzo di lentine oculari che si opacizzano dopo breve tempo; ecc.). Questo movimento di opinione ha comportato minori investimenti e poteri per le agenzie regolatorie e di vigilanza e, dato che la funzione è proporzionale al finanziamento, la protezione della salute pubblica ne ha sofferto.

La storia insegna che per la salute di un popolo è necessario che lo Stato imponga delle regole ed eserciti una rigida sorveglianza sulle attività commerciali e industriali che toccano la salute⁷⁵.

Ludwig von Mises, uno dei padri del liberalismo, scrive che "lo Stato ha il compito di proteggere la vita, la salute, la libertà e la proprietà dei suoi cittadini contro l'aggressione violenta o fraudolenta"⁷⁶.

Valga l'esempio dell'epidemia di obesità: lo Stato deve intervenire con una strategia nazionale, a vari livelli e in vari ambiti, perché essa non può essere ascritta solo alla responsabilità individuale⁷⁷. Infatti è oggi accettato dai più che i comportamenti non salutari sono responsabi-

“Nessuna regola o legge può funzionare bene se il principio di mutua responsabilità non viene capito e accettato dalla popolazione”

lità non solo dei singoli cittadini, ma anche della società e dei Governi⁷⁸.

La società è un network di persone con mutue responsabilità. Noi tutti siamo in qualche misura responsabili di ciò che accade agli altri. Questo è il principio che sta anche alla base di un Servizio Sanitario Nazionale⁷⁹.

Sono tre le considerazioni che giustificano l'intervento dello Stato contro gli stili di vita non salutari:

1. **Estraneità** di una parte della popolazione, che sopporta i costi pur non essendo responsabile. In USA il costo sanitario dell'alimentazione non salutare è di 79 miliardi di dollari l'anno, e questo costo è sostenuto da tutti i contribuenti.
2. **Asimmetria informativa**: l'industria con la pubblicità, specie se rivolta ai giovani, vanta effetti positivi e ispira modelli di vita inadeguati grazie all'ingenuità dei consumatori.
3. **Reperimento di risorse** per effettuare interventi di salute pubblica. La forma migliore è quella delle accise che proporziona la tassa alla quantità consumata (ad esempio una tassa fissa per DL di bevande o per pacchetto di sigarette acquistato)⁸⁰.

Gli strumenti dello Stato

Alcune iniziative a favore della salute pubblica possono portare benefici economici a breve termine. Ne sono un

esempio le tasse sul *junk-food* e sulle bevande addizionate di zuccheri⁸¹.

Lo studio CARDIA in USA ha dimostrato che l'aumento di prezzo della pizza e delle bibite zuccherate si associa ad una riduzione del peso corporeo e della resistenza all'insulina. Si stima che un aumento delle tasse del 18% su tali alimenti si traduca in una riduzione di 56 Kcal dell'apporto calorico giornaliero, con una perdita di 2,25 Kg di peso corporeo annuo per persona⁸².

L'esperienza indica che l'accisa è la tassa più idonea (1 centesimo per grammo di zucchero aggiunto per le bevande zuccherate, pari a circa il 20% di aumento del prezzo per lattina) perché più facile da incassare, meno dipendente dalle strategie di prezzo dell'industria e aggiornabile periodicamente in base all'inflazione⁸³.

L'effetto dell'accisa sui consumi si stima valutando l'**elasticità del prezzo**, ossia la variazione dei consumi generata dall'aumento del prezzo. Nel caso delle bevande zuccherate, questa si aggira intorno ad 1: per ogni 10% di aumento del prezzo si ha una diminuzione del 10% del consumo⁸³. Nel caso del fumo di sigaretta il rapporto è 10 a 5.

“La raccomandazione è però
di non applicare una tassa senza aver
prima considerato i suoi effetti regressivi
e quelli positivi su altri aspetti
della vita pubblica”⁸³

Le risorse reperite con l'accisa sono molto consistenti e dovrebbero essere utilizzate per sostenere l'alimentazione corretta dei giovani⁸³ o altre iniziative di salute pubblica. Analoga strategia può essere applicata anche per ridurre il consumo di alcolici. Il Governo Scozzese

sta cercando di introdurre un **prezzo minimo per unità alcolica**, che è un'altra forma di tassazione sul consumo di alcolici⁸⁴; la resistenza a questo provvedimento è tuttavia molto alta.

Anche una tassa sull'emissione di metano da parte degli allevamenti di animali potrebbe comportare diversi vantaggi sia alle singole persone sia all'ambiente⁸¹. Bisogna ridurre (non eliminare!) il consumo di carne bovina e suina perché la continua crescita di questi consumi comporta:

- il 18% di tutte le emissioni di gas serra
- il 37% dei pesticidi usati
- il 50% degli antibiotici consumati
- 1/3 dell'inquinamento delle acque da azoto e fosforo
- il consumo del 15% di tutta l'acqua mondiale⁸⁵.

Purtroppo il consumo di carne è stato potenziato dai sussidi governativi, che al contrario non hanno sostanzioso la produzione e la vendita di vegetali⁸⁵. La riduzione drastica di questi sussidi avrebbe un effetto vantaggioso sul riscaldamento globale, sul degrado ambientale e sulla salute pubblica⁸⁵.

Social and physical environments have a bigger impact
on whether we stay healthy than do doctor visits
or insurance coverage⁸⁶

L'esempio di New York City: il programma "Opportunity NYC"

La città di New York, grazie al suo Sindaco Michael Bloomberg, sta conducendo da anni una invidiabile azione in favore della salute pubblica attuando i provvedimenti seguenti:

1. assegno alle famiglie povere (US\$ 100 a componente)

- per partecipare alle attività di prevenzione (anche la Gran Bretagna prevede € 250 a bambino perchè vada a scuola - 2007);
2. divieto di fumo nei locali pubblici (2002);
 3. riduzione dell'uso di acidi grassi trans (che si trovano negli oli vegetali parzialmente idrogenati) nei ristoranti e nei catering, al fine di ridurre la patologia cardiovascolare (2007);
 4. obbligo per tutte le catene di ristoranti in New York City di dare informazioni sul contenuto calorico dei loro menu (2007).

“It is unusual to find
a mainstream politician who is so
committed to public health”⁶

Le suddette iniziative sono state integrate con altri importanti provvedimenti in altri settori (trasporti, welfare, ecc.)⁶.

Più recentemente l'Amministrazione Bloomberg ha iniziato ad affrontare l'eccesso di sale nella dieta sulla base dell'evidenza⁸⁷ che, se ognuno riducesse di 3 g al dì l'apporto di sale, si potrebbe ridurre il numero annuale di:

- a) malattie coronariche (di 60.000-120.000)
- b) ictus (di 32.000-66.000)
- c) morti da tutte le cause (di 44.000-92.000)^{88,89}.

L'esempio italiano

Italy surprised the whole world in 2005, not only by adopting smoke-free legislation for bars and restaurants (and work places!) but because it is well respected⁹⁰

Tab. IV - Examples of Structural Interventions to Improve Diet⁹¹

| Diet improvement | Intervention |
|---|------------------------|
| - Ban on use of trans fatty acids in restaurants | - Law |
| - Menu labelling in restaurants | - Law |
| - Removal of vending machines in schools | - Institutional policy |
| - Adding salad bars at schools | - Institutional policy |
| - Incentives for putting supermarkets in neighbourhoods | - Zoning regulation |
| - Creation of farmers' markets | - Institutional policy |
| - Limitation on advertising of high-caloric, low-nutrition foods directed at children | - Law |
| - Tax on high-caloric, low-nutrition foods | - Tax |

Tab. V - Examples of Structural Interventions to Decrease Smoking⁹¹

| Smoking decrease | Intervention |
|---|-------------------------------|
| - Tobacco excise tax | - Tax |
| - Public smoking bans | - Law |
| - Reducing co-pays for smoking cessation products | - Insurance benefit provision |
| - Youth restrictions on smoking | - Law |
| - Stings on stores selling to minors | - Institutional policy |
| - Requirement of licenses to sell tobacco | - Law |
| - No sale of individual cigarettes | - Law |
| - No sale of tobacco at pharmacies | - Law |
| - No smoking in hospitals | - Certification authority |

Gli interventi pubblici di tipo strutturale

Alla luce di queste considerazioni viene oggi accettato quello che viene indicato come **Paternalismo libertario**: il Governo esercita un ruolo attivo nell'indirizzare e supportare gli stili salutari, ma il cittadino resta libero di scegliere. In tal modo si evita il proibizionismo⁹².

Per ottenere l'adozione degli stili di vita salutari sono necessari l'educazione sanitaria e interventi strutturali, ossia cambiamenti dell'ambiente fisico, sociale ed economico⁹¹. Le Tabelle IV, V, VI riportano esempi di interventi strutturali propri delle Istituzioni.

Tab. VI - Examples of Structural Interventions to Increase Physical Activity⁹¹

| Physical activity | Intervention |
|---|--|
| - Increased access to places for physical activity (eg walking trails in parks) | - Infrastructure |
| - Enhanced school-based physical education classes | - Institutional policy |
| - Urban design of neighbourhoods with proximity to retail, schools and recreation areas | - Zoning regulation |
| - Point-of-service signs to increase stair walking | - Institutional policy |
| - Street closures | - Institutional policy |
| - Widening sidewalks | - Building codes |
| - Bicycle paths | - Urban design, transportation regulations |
| - Creation of bicycle parking | - Institutional policy, building codes |
| - Bicycle racks on trains and buses | - Institutional policy, transportation regulations |
| - Car, road and fuel taxes | - Tax |

Anche lo stato socio-economico influisce sulla salute dei cittadini. Data la grande disuguaglianza a questo proposito nella salute della popolazione, è necessario che lo Stato intervenga con miglioramenti della distribuzione del reddito, opportunità educative, accesso alle cure^{93,94}. Sono soprattutto gli interventi preventivi in ambito sociale, economico e comportamentale, e non tanto gli interventi medici tradizionali, a dare i migliori risultati^{95,96}.

Conclusioni

1. I comportamenti non salutari sono responsabilità non solo dei singoli cittadini, ma anche della società⁷⁸.
2. Il principio che ogni cittadino abbia diritti e doveri nei confronti della salute propria, degli altri e del Servizio Sanitario è giusto. Vanno però identificate bene le regole per evitare di intaccare i principi etici e per assicurare che le modalità di applicazione siano fattibili ed eque.
3. Per migliorare gli stili di vita è necessario che il Governo:
 - lo voglia fare;
 - disponga delle risorse per farlo;
 - trovi adatti strumenti giuridici.
4. Il Governo dovrebbe agire, pur sapendo che la difesa della salute pubblica contrasta forti interessi di lobby. Solo Governi saggi e coraggiosi riescono a operare bene in favore della salute pubblica, altrimenti gli interessi economici prevalgono.

Un recente esempio ci viene dagli Stati Uniti. Il 23 marzo 2010 il Presidente Barack Obama ha firmato alla Casa Bianca il *Patient Protection and Affordable Care Act*, una coraggiosa riforma sanitaria, dopo un anno di

dibattiti, compromessi, trattative segrete, imboscate, campagne negative e pressione di forti *lobby* contrarie in rappresentanza delle persone abbienti (che dovranno pagare più tasse per consentire una copertura assicurativa agli Americani poveri e le medicine per gli anziani), degli assicuratori e dei farmaceutici (che dovranno assoggettarsi a regole più stringenti), dei medici e degli Ospedali, che verranno messi sotto pressione perché migliorino la qualità delle cure. Una sanità per tutti gli Americani a far tempo dal 2014, con una spesa annua che deve scendere rispetto all'attuale 2400 miliardi di US dollari/anno (circa il 17% del PIL) e crescere in qualità. Una riforma sanitaria che ha fatto vacillare la presidenza di Obama, ma che oggi lo consacra come il Presidente che ha avuto successo dopo decenni di infruttuosi tentativi dei suoi predecessori in un campo che rappresenta un buco nero della democrazia americana⁹⁷.

5. Purtroppo Governi coraggiosi e avveduti sono rari in quanto:

- "gli Stati non hanno principi, ma solo interessi" (Cardinal Richelieu);
- il capitale è libero di muoversi e, se i Governi non ascoltano le sue istanze, si sposta e mette in crisi l'economia nazionale⁹⁸;
- la voce della gente in favore della salute pubblica è ancora troppo debole.

6. Tuttavia i Governi sono sensibili ai disagi dei propri cittadini e alle loro proteste: forti organizzazioni della società civile (che comprendono anche i medici) possono indurre il Governo a non cedere agli interessi delle *lobby*.

Capitolo 4

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

La situazione attuale

Nel 1900 il 40% dei neonati del mondo occidentale aveva un'attesa di vita di 65 anni. Oggi negli stessi Paesi la percentuale è dell'88% e il 44% di essi raggiunge gli 85 anni di età. L'attesa di vita alla nascita nei Paesi più evoluti è cresciuta di 3 mesi per anno dal 1840 al 2002⁹⁹. In Giappone secondo l'OMS il 23% dei 127 milioni di cittadini ha più di 65 anni di età. In Italia il valore sfiora il 20%¹⁰⁰. Per entrambi i generi è in atto una continua diminuzione della mortalità ad ogni età. In Giappone la probabilità degli ottantenni di raggiungere i 90 anni per le donne è il 50%¹⁰⁰. In Italia la percentuale è solo di poco inferiore.

Se un soggetto è in buona salute a 90 anni ha buone probabilità di stare bene ancora per 10 o più anni. Peraltro le donne, pur avendo una mortalità inferiore a quella degli uomini a tutte le età, hanno più limitazioni funzionali¹⁰⁰. L'allungamento della vita dipende verosimilmente da misure di miglioramento della salute pubblica, delle condizioni di vita e dell' assistenza alle persone anziane¹⁰⁰. È pertanto possibile che il rapporto di dipendenza senile (soggetti con più di 65 anni diviso soggetti di 15-64 anni) cresca dall'attuale 30% a 60% nel 2050¹⁰⁰.

Tuttavia, in alcuni Paesi (Danimarca, USA) la diminu-

zione della mortalità dei grandi anziani (età >85 anni) è rallentata a causa del fumo di tabacco¹⁰⁰.

L'invecchiamento della popolazione influisce grandemente sulla società, sull'economia e sulla pratica medica, che devono ripensarsi per affrontare adeguatamente il cambiamento¹⁰¹. Oggi i servizi sanitari non sono ben strutturati e incentivati per rispondere alle necessità degli anziani, che spesso sono fragili e richiedono anche servizi sociali oltre a quelli sanitari.

Le maggiori difficoltà dell'*aging century* per la sanità e i medici sono riportate di seguito.

1. La terapia basata sull'evidenza esclude gli anziani dai *trials* clinici.
2. La Medicina Generale, pensata per i giovani, non si coordina con altri servizi per anziani.
3. I medici sono impreparati in geriatria.
4. La qualità della vita è cresciuta assai meno della sua durata¹⁰².
5. I desideri dei pazienti anziani sono poco considerati. Gli anziani divengono così una "minoranza svantaggiata", vittime potenziali di discriminazione per età o "*ageism*"¹⁰³. L'*ageism* è la stigmatizzazione delle persone anziane, basata su pregiudizi e stereotipi negativi spesso falsi. Esso è comune sia nella società che in sanità¹⁰⁴. Per contrastare questa discriminazione la Gran Bretagna nel 2009 ha emanato l'*Equality Bill*.

In genere viviamo più a lungo e meglio (con meno disabilità) fino a 85 anni di età; successivamente (ossia nella quarta età) la salute e l'autonomia deteriorano in 2/3 dei casi con elevati costi personali, familiari e sociali¹⁰⁰.

Parallelamente all'aumento dell'attesa di vita è cresciuta la prevalenza delle malattie croniche, in larga misura conseguente a stili di vita inadeguati. La disabilità da queste provocata (e misurata come *Activities of Daily*

Life - ADL o Instrumental Activities of Daily Life - IADL) è stabile dal 1990 ad oggi, ma potrebbe aumentare tra breve per l'invecchiamento dei soggetti nati nel periodo 1946-1966 (cosiddetti *baby boomers*)¹⁰⁰.

Il 20% degli anziani con più di 65 anni è fragile; la fragilità essendo definita come la concomitanza di tre o più delle seguenti condizioni:

- perdita di peso non intenzionale;
 - esauribilità e debolezza muscolare (ridotta forza di presa);
 - poca attività fisica;
 - lentezza nel camminare anche per un breve tratto¹⁰⁵.
- All'aumento delle malattie croniche fa riscontro un aumento dei costi socio-sanitari (Fig. 7).

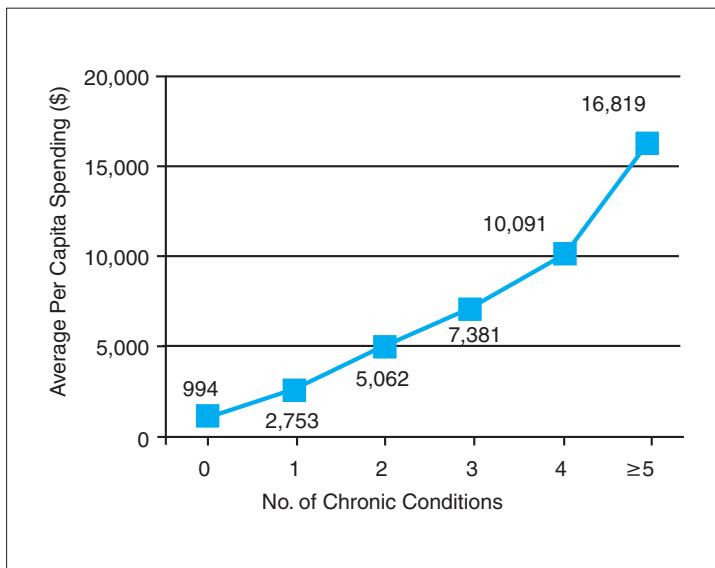


Fig. 7 - Average Annual Per Capita Spending for Patients with Different Numbers of Chronic Conditions (Data from Anderson¹⁰⁶)

La spesa sanitaria per le persone che hanno 5 o più patologie croniche è 17 volte superiore a quella delle persone che non hanno alcuna di queste malattie¹⁰⁷.

Negli USA il 10% dei pazienti assorbe il 70% della spesa sanitaria totale¹⁰⁷. In Italia oltre il 60% dei farmaci è consumato da meno del 20% della popolazione (Dati AIFA). Ciò vale anche per gli altri servizi sanitari.

Per fronteggiare questa situazione e renderla sostenibile è necessario intervenire con provvedimenti assistenziali e sociali da un lato e sanitari dall'altro. Fra i primi vanno considerati innanzi tutto i seguenti.

1. Evitare il pensionamento anticipato tramite una riduzione della discriminazione per età, una traiettoria di carriera soddisfacente, minor intensità del lavoro, sgravi fiscali sulle retribuzioni, part-time, valorizzazione delle competenze acquisite, accesso all'aggiornamento, rimozione degli incentivi al pensionamento anticipato.
2. Portare gradualmente a 65 anni (o più per alcune categorie come i medici, su base volontaria) l'età del pensionamento, come definito dalla cosiddetta "Strategia di Lisbona" lanciata dall'Unione Europea nel 2000 e rilanciata nel 2005, anche perché una elevata percentuale della popolazione anziana oggi è in buona salute e potrebbe contribuire con lavori che richiedono conoscenza anziché forza fisica. A sua volta ciò consentirebbe una miglior ridistribuzione del lavoro a tutte le età della vita e maggiori possibilità di conciliare lavoro e famiglia¹⁰⁸.
3. Far partecipare più persone a stili di vita salutari e adattare il Servizio Sanitario Nazionale ai bisogni degli anziani (miglior coordinamento delle cure, miglior uso dei farmaci, ecc.)
4. Migliorare il tenore socio-economico delle classi più povere¹⁰⁹.

Per quanto riguarda gli interventi sanitari bisogna pensare e implementare al più presto interventi organizzativi *ad hoc* per i pazienti cronici con diverse pato-

logie, giacché i servizi sanitari esistenti sono stati pensati per i malati acuti. Diciassette Organizzazioni Sanitarie americane hanno identificato come modello organizzativo per il malato cronico la cosiddetta "Casa della Salute" (in Italia Unità Territoriale di Assistenza Primaria o UTAP, proposta fin dal 2005 dalla SISAC e dalle Regioni che la esprimono).

La Casa della Salute

La Casa della Salute è un modello di servizio sanitario per le malattie croniche incentrato sul medico generalista che coordina una squadra di professionisti (infermieri, assistenti sociali, farmacisti, dietisti, riabilitatori, ecc.), in collaborazione con varie Istituzioni. Nel box sono riportate le principali funzioni della *Medical Home*.

Essential Functions of a Patient-Centered Medical Home*

- Provide each patient with an ongoing relationship with a personal physician who is trained to provide first-contact, continuous and comprehensive care.
- Provide care for acute and chronic conditions, preventive services and end-of-life care, or arrange for other professionals to provide these services.
- Coordinate care across all elements of the health care system, with coordination facilitated by the use of registries and information technology.
- Provide enhanced access to care through systems such as open scheduling, expanded hours and new options for communication between patients and the practice's physicians and staff.

* Adapted from the American Academy of Family Physicians, the American Academy of Pediatrics, the American College of Physicians and the American Osteopathic Association¹¹⁰

La Casa della Salute dovrebbe gestire il paziente in ogni momento dei suoi passaggi nella rete di diagnosi e cura a variabile intensità (domicilio, ambulatori, medici generalisti, Ospedale, RSA, Istituti di riabilitazione), assicurandogli una supervisione globale (olistica) anche con l'aiuto di una cartella elettronica impostata in modo da facilitare il suo monitoraggio, il coordinamento delle cure, le valutazioni e il miglioramento continuo degli *outcomes* clinici e sociali e dei relativi costi, e la gestione dei registri per patologia, a fronte di un riconoscimento economico adeguato¹¹¹.

Una delle difficoltà incontrate nel realizzare le Case della Salute è che i medici generalisti operano per lo più da soli o in piccoli gruppi. Per superare questo inconveniente si può ricorrere (con risultati peraltro inferiori) ad una "Casa della Salute Virtuale" o "*Community-based medical home*", nella quale i singoli medici si avvalgono di professionisti non medici e/o di Agenzie per effettuare i servizi sanitari e sociali a favore dei loro pazienti¹¹¹.

Un'alternativa migliore potrebbe essere rappresentata dal fatto che le UTAP di un'area si "specializzino" invece di fornire tutti gli stessi servizi¹¹². Alcune potrebbero concentrarsi sulla prevenzione, altre su specifiche malattie croniche (diabete, tumori, ecc), altre sull'assistenza agli anziani fragili e così via. Dati preliminari di un *demonstration project* indicano che la suddetta Organizzazione ha comportato una riduzione dei ricoveri ospedalieri del 20% e un risparmio del 7% dei costi medici totali¹¹¹. Nell'UTAP il medico generalista si avvale della collaborazione di altre figure professionali e in particolare di un gestore del paziente (il *case manager*) che consente una cura migliore e più gradita ai malati e alle famiglie, con costi inferiori¹⁰⁷.

Il *case manager*

Esso opera nel territorio e a domicilio del paziente, ma lo visita anche se viene ricoverato in Ospedale e importa l'epicrisi ed i referti nella cartella elettronica. Istruisce il paziente e la famiglia circa la malattia e le cure e con loro definisce un piano per affrontarle.

Il *case manager* monitorizza regolarmente le condizioni sanitarie e sociali dei suoi pazienti e deve essere sempre raggiungibile in caso di bisogno. Esso inoltre lavora in squadra con vari specialisti e con l'Ospedale, così da assicurare integrazione e continuità delle cure.

Fa parte dell'UTAP (meglio se un'UTAP per i pazienti cronici a rischio = *Intensive Primary Care*) e lavora alle dipendenze del medico generalista e dell'Unità di Valutazione Geriatrica Multidimensionale¹⁰⁷. Il tema "Casa della Salute" viene ripreso anche nel Capitolo VII.

Il coordinamento delle cure per cronici e anziani

Il coordinamento delle cure è particolarmente importante per i pazienti cronici, ove migliora gli *outcomes* e riduce i costi¹¹³. Ciò è vero anche ai fini di affrontare il problema della scarsa aderenza dei pazienti alla terapia prescritta. Il 50% dei malati non assume correttamente i farmaci, anche se questi sono distribuiti gratuitamente. Ciò comporta, come nel caso dell'ipertensione o del diabete, un elevato numero di morti o complicanze preventibili¹¹⁴. Oltre alle cure dei malati cronici in ambulatorio, bisogna organizzare un monitoraggio attivo e la cura degli anziani fragili e dei disabili a domicilio. L'assistenza al malato cronico confinato a domicilio e all'anziano solo e fragile è oggi una vera emergenza del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Si è già accennato alla necessità di attivare una organizzazione *ad hoc*, basata su una *Intensive Primary Care* o UTAP per pazienti anziani fragili e sul *case manager*, integrati in una rete di servizi a crescente intensità di cura (l'*integrated delivery system*).

L'integrazione tra Ospedali e servizi extra-ospedalieri include almeno tre condizioni:

- rimborso per ciclo di cura e non per prestazione;
- *case-management* da parte di figure professionali preparate;
- cartella informatizzata del paziente.

Un esempio di *integrated delivery system* è quello della Kaiser Permanente in USA.

The Kaiser Permanente model integrates primary, secondary and tertiary care in a single managed wedge, with a single budget linked to clinicians' remuneration. But it needs competition with other similar wedge to thrive^{10,115}

Un altro bell'esempio di integrazione e coordinamento per la cura degli anziani è quello del *Boston Medical Center*, ove Eric Hardt è responsabile della geriatria ospedaliera, delle RSA e degli *hospice* nonché di un programma di cure domiciliari degli anziani fragili confinati a domicilio. A tale programma collaborano, oltre ad alcuni geriatri di ruolo, anche specializzandi in geriatria e in medicina generale, nonché alcuni studenti e infermieri, con la gestione di un *case manager*¹¹⁶.

Nel programma *House Calls* dell'*Urban Medical* di *Boston* un infermiere, collegato ad un medico, visita ad intervalli regolari gli anziani fragili e i disabili iscritti al programma e ne rileva le condizioni sanitarie e sociali. Il programma di *Boston* è legato ad un Ospedale universitario e quindi prevede anche un

aspetto educativo oltre a quello di servizio. Opportuni incentivi monetari e accademici rendono interessante la partecipazione al programma da parte dei medici e degli studenti.

Analogo è il programma "Just for us" di Durham North Carolina¹¹⁷. Altri celebri programmi accademici di cure a domicilio sono quelli di Baltimora, alla *Johns Hopkins University School of Medicine*, e di New York, al *Mount Sinai School of Medicine*.

Seguire il paziente nella sua casa consente di valutare la sicurezza ambientale, la possibilità di corretta alimentazione e assunzione di farmaci, il decoro e il confort dell'abitazione, la possibilità di appoggiarsi alla rete parentale e ai vicini di casa.

Questo modello, analogo a quello del Custode socio-sanitario istituito a Milano nel 2000 (vedi Appendice C), costa 370 US\$ per paziente al mese contro i 40 US\$/mese dei pazienti seguiti ambulatoriamente, ma ha dimostrato di essere efficace e conveniente economicamente in quanto capace di ridurre l'istituzionalizzazione delle persone assistite. Il modello infatti previene molti problemi, riducendo in tal modo la necessità di ricovero acuto e a lungo termine¹¹⁷. Diversi studi hanno dimostrato che la cura a domicilio è non solo più gradita del ricovero per i pazienti ma è anche *cost-effective*¹¹⁸.

Queste considerazioni hanno indotto il Congresso degli USA ad intervenire in materia, e in particolare sul tema della continuità di cura del paziente tra il domicilio, l'RSA e l'Ospedale, sulla competenza e motivazione dei *caregivers*, sul sistema di incentivi più appropriati e su altri aspetti di questa importante forma di "*chronic disease management*".

Anche l'*Institute of Medicine* ha studiato il problema della popolazione anziana e molto anziana e ha con-

cluso che sono urgentemente necessarie azioni in tre direzioni:

- aumentare la competenza di tutti gli operatori sanitari nella cura di base degli anziani;
- aumentare il numero degli specialisti in geriatria;
- cambiare l'organizzazione delle cure geriatriche, privilegiando le cure domiciliari¹¹⁹.

In Italia, tradizionalmente, i Servizi Sociali per gli anziani ed i disabili sono stati sempre un'area di responsabilità individuale, e non collettiva come i Servizi Sanitari. In tal modo i costi dell'assistenza (spesso molto alti) gravano del tutto o in parte sugli interessati e sulle loro famiglie. Il finanziatore pubblico è rappresentato in Italia dai Comuni che non hanno poteri in ambito sanitario.

È tempo di unificare sociale e sanitario nelle competenze di un solo ente e di sostenere economicamente entrambi gli aspetti, sia pure ammettendo un *co-payment* differenziato in base al reddito familiare¹²⁰.

La prevenzione primaria della vecchiaia e delle malattie croniche

Il processo di invecchiamento è legato al progressivo accumulo di danni molecolari e cellulari che iniziano con l'inizio della vita e che possono essere limitati con provvedimenti sociali e sanitari che prevengono la fragilità e la disabilità legate all'età avanzata¹²¹. La suscettibilità alle malattie aumenta con l'età. Per questo gli interventi tesi a rallentare l'invecchiamento potrebbero determinare vantaggi anche economici maggiori di quelli tesi a curare o prevenire le singole malattie⁴.

La vecchiaia e le malattie ad essa connesse sono provocate principalmente da un progressivo accumulo di

danni al DNA, causati da reazioni spontanee o provocate, queste ultime generate da sottoprodoti del nostro metabolismo o da agenti esterni^{122,123} (Fig. 8).

Si calcola che le rotture e le perdite di basi del DNA nucleare raggiungano la cifra di 100.000 per cellula e per giorno¹²⁴. Se il sistema di riparazione del DNA è deficitario, i danni del DNA portano allo sviluppo di tumori o all'invecchiamento della cellula e alla sua morte¹²³.

Nel cancro il confronto del genoma di un paziente con il suo DNA d'origine rivela centinaia di mutazioni, che si associano a traslocazioni, delezioni, modificazioni del numero di copie di vari geni, modificazioni epigenetiche quali metilazioni, variazioni dei regolatori RNA e anomalie della struttura cromatinica¹²⁵.

Il danno al DNA, comunque indotto, determina l'entrata in gioco del gene p53 (detto il "guardiano del genoma")

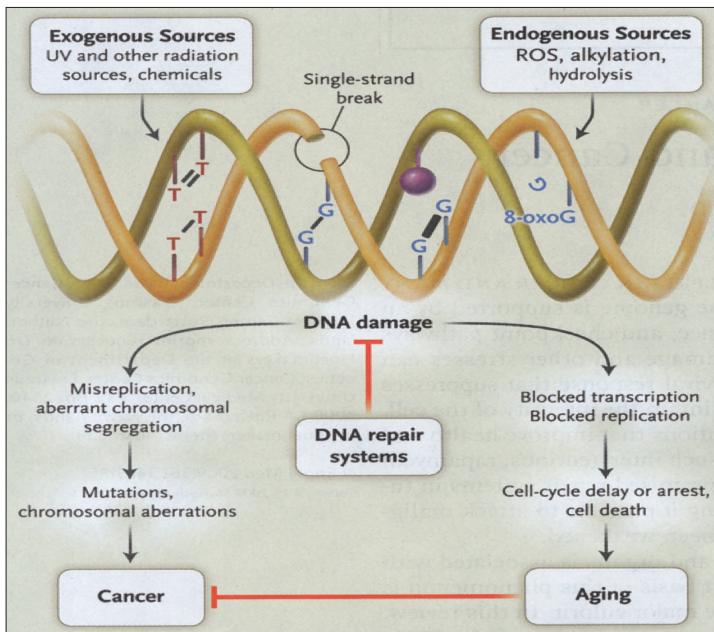


Fig. 8 - Sources and Consequences of DNA Damage¹²³. © 2009 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

che dà inizio all'apoptosi della cellula e funge quindi anche da gene che sopprime il cancro¹²⁶. Mutazioni del gene p53 sono rinvenute in molte neoplasie.

Vi sono anche meccanismi genetici che determinano l'invecchiamento: ad esempio il gene S6k1 nel topo, che governa la produzione della proteina ribosomiale S6k1kinasi e che sembra alterare il metabolismo energetico delle cellule¹²⁷.

Vi è evidenza che tutti gli organismi viventi possiedono meccanismi biochimici che influenzano la velocità con cui si instaura la vecchiaia, e tali meccanismi sono modificabili. Per ritardare l'invecchiamento e prevenire le complicanze (malattie croniche), e i relativi costi, bisogna intervenire a più livelli sia nell'ambito della sanità che nel contesto sociale.

Dal punto di vista sanitario due sono i principali strumenti per ritardare la vecchiaia;

- adottare fin dalla tenera età stili di vita salutari;
- applicare la medicina integrativa.

Gli **stili di vita** di dimostrata efficacia nel rallentare la vecchiaia sono: astensione dal fumo, nutrizione corretta, moderata ed equilibrata, attività fisica e mentale costante⁴.

L'adozione di stili di vita salutari (non fumare, mantenere il peso corporeo sotto 25 di BMI, fare attività fisica almeno 3,5 ore/settimana, ingerire frutta, verdura e cibi contenenti cereali integrali e poca carne rossa) riduce dell'80% il rischio di malattie croniche maggiori (diabete, infarto miocardico, ictus, cancro) sia negli uomini che nelle donne. Ognuno degli stili di vita considerati riduce il rischio, anche isolatamente¹²⁸. Eliminando tre fattori di rischio (vita sedentaria, fumo, dieta inadeguata) la mortalità potrebbe diminuire del 35%¹²⁹.

L'esercizio fisico può anche ridurre lo stress psico-sociale, che è una causa di mortalità cardiovascolare¹³⁰.

I benefici del movimento fisico sono noti da molto tempo. Agli inizi del II secolo d.C. il politologo greco Plutarco scriveva: "... con movimenti d'oscillazione e con passeggiate, alcuni anche giocando a palla, senza esagerare, o discutendo tengono in moto il respiro e ridestano il colore naturale"¹³¹. E nel 1724 George Cheyne raccomandava agli anziani di mangiare poco e fare attività fisica¹³².

L'aderenza della popolazione a stili di vita salutari è tuttavia bassa (10% circa). Ciò indica che è necessario perseverare nelle azioni volte a convincere la gente ad adottare stili di vita salutari, cominciando già dalla tenera età¹²⁸.

La **medicina integrativa** è una definizione che include i seguenti aspetti:

- dà grande peso alla relazione tra medico e paziente;
- considera l'intera persona (medicina olistica);
- si basa sull'evidenza;
- utilizza tutti i possibili approcci terapeutici di medicina sia convenzionale che complementare¹³³.

La medicina integrativa ha grande rilievo soprattutto nella prevenzione e nel trattamento delle affezioni croniche, che oggi comportano il 78% della spesa sanitaria¹³³.

Conclusioni

1. Sappiamo che:

- l'attesa di vita alla nascita è in continuo aumento, ma crescono anche gli anni di vita con morbidità
- gli anni di vita con disabilità sono diminuiti per le disabilità più gravi e aumentati per quelle meno gravi. In base all'indicatore HLY (*healthy life years*), che misura l'attesa di vita senza disabilità dopo i 65 anni,

Tab. VII - Cost of interventions¹³⁵

| Intervention | Visits n./Yr | Medications/Yr | Lab Tests/Yr | Costs/Yr |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Aspirin to high-risk patients | 1 × \$74 | \$17 | NA | \$91 |
| Lower LDL cholesterol to <160 mg/dL in high-risk individuals | 1 × \$74 | Statin at \$1082* | Creatinine, ALT, lipid panel × \$125 | \$1281 |
| Lower LDL cholesterol to <130 mg/dL in high-risk individuals | 2 × \$74 | Statin at \$1543* | Creatinine, ALT, lipid panel × \$125 | \$1816 |
| Lower LDL cholesterol to ≤100 mg/dL in people with CAD | 3 × \$74 | Statin at \$1543* | Creatinine, ALT, lipid panel × \$125 × 3 | \$2140 |
| Lower blood pressure in non diabetics | 4 × \$74 | ACE inhibitor × \$1238 | K*, creatinine, BUN × \$48 | \$1582 |
| A1C control in diabetics | 4 × \$74 | Glucose lowering agents × \$3150* | AIC × \$59 × 2 | \$3564 |
| Lower blood pressure in diabetics | 4 × \$74 | ACE inhibitor and thiazide × \$1238° | K*, creatinine, BUN × \$48 | \$1582 |
| Lower LDL in diabetics | 3 × \$74 | Statin × \$1543* | Creatinine, ALT, lipid panel × \$125 × 3 | \$2140 |
| Reduce fasting glucose <110 | 2 × \$74 | Glucose lowering agents × \$524° | Creatinine, ALT, BUN × \$60 | \$732 |
| Smoking cessation | 1 × \$80 | Patch and a drug × \$270 | NA | \$350 |
| Weight reduction | \$1356 year 1, \$672 thereafter | NA | NA | \$1356 year 1 \$672 thereafter |

* Branded ° Generic
 BUN, Blood Urea Nitrogen
 CAD, Coronary Artery Disease

- i Paesi europei variano molto tra loro e alcuni vedono un aumento (tra essi l'Italia), altri una riduzione.
2. La prevenzione sia primaria che secondaria è indispensabile per affrontare il peso sociale delle malattie croniche¹³⁴. Essa ha dei costi, ma il ritorno sull'investimento è molto alto. I costi dei soli interventi di prevenzione delle complicanze che insorgono in alcune patologie croniche sono riportati nella Tabella VII¹³⁵.

Capitolo 5

QUALITÀ E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Definizione di qualità

Secondo le norme ISO: “il grado con cui un insieme di caratteristiche del servizio (o del prodotto) soddisfano le esigenze del cliente”.

Secondo l'*Institute of Medicine*¹³⁶: “il livello al quale i servizi sanitari, sia per i singoli individui sia per le popolazioni, aumentano la possibilità di ottenere risultati di salute desiderati, coerenti con le conoscenze professionali correnti”.

Secondo la *Society of General and Internal Medicine*¹³⁷: “il grado al quale i medici e le istituzioni sanitarie adempiono ai loro doveri verso i singoli pazienti e il grado al quale pazienti, medici e istituzioni sanitarie consentono che questi doveri siano adempiuti nei confronti di tutte le popolazioni senza alcuna esclusione”.

Più comunemente in sanità con la parola qualità si intendono tre concetti:

- la **soddisfazione del cliente** (che a sua volta dipende da disponibilità, tempestività di risposta, risultati, sicurezza, attenzione personale, decisioni condivise, cortesia e comunicazione adeguata, ecc.);
- la **soddisfazione di coloro che operano nei servizi sanitari**, la loro soddisfazione professionale e i rapporti

dei professionisti e dei *providers* tra loro e con il mondo esterno (soddisfacente gestione delle interfacce);

- la **soddisfazione di chi paga** (Istituzioni) che è legata alla bontà dei risultati, alla sicurezza, all'appropriatezza e all'efficienza delle prestazioni, con attenzione ai costi, agli sprechi, e agli interessi degli *stakeholders*.

La qualità non è un concetto statico, ma implica la necessità di una manutenzione e di un miglioramento continuo, che a loro volta necessitano di lavoro ed organizzazione. È una legge della fisica che l'ordine si ottiene con il lavoro; in mancanza di lavoro si ha il caos.

La qualità delle cure dipende da:

- la professionalità dei clinici;
- un disegno dei (micro) sistemi organizzativi capace di assicurare efficacia, sicurezza, appropriatezza ed efficienza.

La professionalità dei medici

Sono stati redatti documenti su come sviluppare la professionalità medica da *Royal College of Physicians, King's Fund, General Medical Council*. In breve il medico deve dimostrare conoscenza, comportamenti e attitudine per praticare la medicina ad alto livello, in modo moderno e gradito ai pazienti¹³⁸. Secondo il *Royal College of Physicians* la professionalità del medico è un coacervo di valori, di comportamenti e relazioni tali da giustificare la fiducia che il pubblico ripone nei medici. Suo scopo è sostenere questa fiducia¹³⁹.

Pertanto oggi i compiti del medico sono così identificati:

- prendere le decisioni circa la cura in accordo con il paziente;
- insegnare ai giovani medici;
- gestire le risorse;

- migliorare continuamente la qualità delle cure
- rispondere delle proprie decisioni
- lavorare in squadra: le relazioni sono tutto nella cura di oggi¹⁴⁰.

Nel medico abilità, esperienza e saggezza si devono combinare con empatia, integrità e umanità, ed ogni azione deve avvenire nell'interesse del paziente e della società, adattandosi al mutare di questi¹⁴¹.

“The good physician treats the disease: the great physician treats the patient who has the disease”

(Sir William Osler)

È essenziale per la qualità delle cure che le decisioni cliniche del medico siano basate sull'evidenza (e quindi che i medici siano capaci di coglierla e di giudicare sulla validità dei singoli studi) e siano ispirate alle Linee Guida, che devono tenere conto non solo della miglior evidenza, ma anche dei valori e delle preferenze del paziente informato (decisione condivisa)¹⁴².

Oggi molti si spingono più oltre, auspicando una medicina centrata sul paziente (*patient-centered care*) che supera la medicina basata sull'evidenza (*evidence-based medicine*) in quanto si propone di promuovere le priorità di salute del paziente alla luce di tutto il contesto in cui egli vive¹⁴³.

La comunità dei medici deve sempre resistere alla tentazione di attuare pratiche mediche basate su opinioni o osservazioni personali anziché sull'evidenza derivante da studi clinici controllati. Peraltro gli studi osservazionali sono validi per cogliere eventi avversi rari che possono non apparire nei *trials* clinici¹⁴². Essi tuttavia non stabiliscono la causalità ma si limitano a

generare ipotesi che devono poi essere validate mediante *trials* clinici.

La *leadership* medica

È indispensabile che i medici sviluppino *leadership* e capacità di operare all'interno di sistemi organizzativi anche complessi. La *leadership* medica comprende tre aree:

- *personal leadership* (capacità di organizzare e comunicare);
- *general leadership* (capacità di gestire un *team*);
- *medical leadership* (capacità professionali)¹⁴⁴.

In Danimarca l'insegnamento della *leadership* è obbligatorio per gli specializzandi medici, che su questa vengono selezionati¹⁴⁴.

Ad Harvard l'insegnamento integrato medicina-*leadership* comincia già nel corso di laurea in medicina e prevede anche un periodo di pratica nella gestione ospedaliera o in una società medica. Sia gli USA che l'Australia e la Nuova Zelanda si apprestano ad inserire il *management* sanitario nel curriculum degli studi per la laurea in medicina¹⁴⁴.

I corsi di insegnamento della *leadership* (di norma di 150 ore) attingono molto dal mondo industriale (contabilità analitica e controllo di gestione, gestione del rischio, *team work*, *systems thinking*, comunicazione, ecc.), ma si integrano sempre con la clinica.

Nel Regno Unito l'*Academy of Medical Royal Colleges* e l'*NHS Institute for Innovation and Improvement* hanno creato congiuntamente il *Medical Leadership Competency Framework* (MLCF)¹⁴⁵ che, a partire dal prossimo anno, verrà insegnato a tutti gli studenti di medicina e agli specializzandi e farà parte del portfolio di tutti i medici ai fini della rivalutazione. L'MLCF comprende:

1. qualità personali (che sono alla base dei valori della professione);

2. lavoro di gruppo (in *team* e *network* per migliorare i servizi);
3. buona gestione e miglioramento dei servizi (impegnarsi nel miglioramento continuo della qualità);
4. contributo alle aspirazioni e ai valori dell'organizzazione in cui lavora (lavorare per il successo dell'organizzazione in cui il medico opera)¹⁴⁵.

Come dimostrare di essere *leader*

Se clinico

Dare alla propria attività un piano per conseguire gli obiettivi (ad esempio ridurre a zero, a partire da una certa data, le infezioni da cateteri centrali). Se il *leader* si spende davvero per la sicurezza e la qualità delle cure, il resto del personale farà lo stesso.

Se amministratore

Essere un modello di *Quality Improvement* (QI). Ogni Consiglio di Amministrazione (CdA) deve avere al primo punto dell'ordine del giorno i progressi del programma di miglioramento di qualità e sicurezza; di questo lavoro deve essere data informazione ampia nel bollettino aziendale. Il Consiglio deve dedicare a questi temi il 25% del tempo. Il CdA deve interrogarsi periodicamente sul proprio ruolo e le proprie responsabilità, identificare i difetti di sistema e rimediарvi, verificare se cresce la cultura della qualità e della sicurezza nell'organizzazione, verificare se il personale si aggiorna su questi temi, ecc.¹⁴⁵. Tutti i *senior leader*, compresi i Capi Dipartimento, devono:

- a. interagire spesso con il personale, ascoltare quello che ha da dire, visitare i luoghi di lavoro con cadenza regolare (*walkrounds*);
- b. dare responsabilità a quanti occupano posizioni dirigenziali;

- c. monitorare i progressi e confrontarli periodicamente con il piano degli obiettivi;
- d. stabilire un sistema semplice di misura da inserire nel cruscotto di *performance* che potrebbe comprendere l'indice di mortalità standardizzato dell'Ospedale (che peraltro è stato recentemente svalutato come indicatore di qualità¹⁴⁶), la frequenza di danni medici per 1000 giorni-paziente e l'*audit* sulle cartelle cliniche delle morti evitabili.

Il Continuous Professional Development (CPD)

La competenza dei medici e il loro giudizio clinico sono centrali per la diagnosi corretta e per una cura prudente e appropriata. L'uso inesperto dei processi di cura (ad esempio prescrizione di antibiotici o di esami radiologici non necessari) comporta sia uno spreco economico che un rischio di complicazioni per i pazienti.

In Inghilterra il 10% dei pazienti ricoverati in Ospedale ha subito danni riferiti al ricovero¹⁴⁷.

La TAC è responsabile del 1-2% dei tumori in USA ed è particolarmente pericolosa per i bambini. Una TAC dell'addome o della pelvi eroga radiazioni equivalenti a 500 lastre del torace o a 4,5 anni di esposizioni a radiazioni ambientali, un rischio che si stima provochi tumori fatali in 1 caso su 2000¹⁴⁸.

In USA i costi per la sanità dovuti a trattamenti inefficaci sono stati valutati nell'ordine di:

- 1,2 miliardi di US\$ per farmaci antiipertensivi
- 4,7 miliardi di US\$ per gli antidepressivi
- 8 miliardi di US\$ per le statine somministrate per la cura di patologie cardiovascolari¹⁴⁹.

Le frodi e l'inappropriato uso dei servizi sanitari comportano un 30% di spesa inutile¹⁵⁰.

È urgente che i giovani medici (studenti, specializzandi, interni) siano educati a imparare dalla propria pratica, a misurare i risultati delle cure, a coordinare le cure, a rapportarsi e comunicare con altri specialisti e col paziente¹⁵¹.

Sia la competenza dei clinici che i sistemi organizzativi necessitano di continui aggiornamenti e miglioramenti. La competenza clinica è costituita dalla conoscenza sommata alla buona capacità pratica.

Theory and practice

Medicine is a performance and practical discipline and, although knowledge is important, it is not what makes the difference between a good doctor and a less good doctor¹⁵².

... the experience gained by doctors through direct contact with patients on the wards, the clinics and operating theatres. Reading and lectures are no substitute for this experience¹⁵³.

Imparar facendo significa approfondire con i colleghi e sotto la guida di un supervisore (il Primario) i temi che emergono nella pratica quotidiana¹⁵⁴.

Per raggiungere questi obiettivi i medici debbono impegnarsi nel *Continuous Professional Development* e assoggettarsi a periodiche verifiche e al processo di rivalutazione. Tutti i principali programmi di aggiornamento e di sviluppo professionale prevedono la valutazione in sei aree di competenza medica:

- conoscenza;
- capacità di prendersi cura del paziente;
- capacità di comunicazione inter-personale;
- professionalità;

- *systems-based practice* (l'attività del medico si svolge nel contesto di un sistema che egli deve capire e rispettare);
- *practice-based learning and improvement* (imparar facendo)¹⁵⁵.

L'*Institute of Medicine* americano ha recentemente emanato una Raccomandazione per migliorare il sistema di educazione continua in medicina, auspicando che vengano implementati al più presto il CPD e l'integrazione tra diversi professionisti della sanità, con una verifica di efficacia nella pratica clinica¹⁵⁶.

Del CPD si è già parlato e si è ricordato che il portfolio (specie se informatizzato) è lo strumento necessario per documentare l'attività svolta (Tabella VIII).

Ogni medico deve autogestire il proprio miglioramento professionale in base alla consapevolezza delle proprie

Tab. VIII - II Portfolio¹⁵⁷

- È una parte importante del CPD e tutti gli specialisti (Ospedalieri e Generalisti) devono averlo per documentare il loro aggiornamento.
- Il programma dello specialista deve essere verificato regolarmente da un supervisore (il Primario o suo delegato).
- Lo specialista deve preparare ogni anno un piano organizzato di sviluppo professionale.
- Il piano deve prevedere esercizi di valutazione clinica, discussioni sul caso, procedure imparate, rassegna della letteratura. È importante inoltre che preveda sia il *clinical skill* che il *soft skill*¹⁶, ma anche la stesura di lavori scientifici¹⁵⁸.
- Nell'e-portfolio vanno elencate anche le attività sanitarie accessorie (guardie, insegnamento, volontariato, ecc.).

lacune. A tal fine deve darsi gli obiettivi di apprendimento giorno dopo giorno, con un tempo massimo per realizzarli, sfruttando l'esperienza di esperti e del Primario oltre alla letteratura e annotando ciò che viene fatto e i risultati ottenuti in termini di maggior conoscenza, così da costruire un portfolio delle conoscenze acquisite¹⁵⁹.

Il CPD e la rivalidazione

La rivalidazione (o ricertificazione) dei medici è un processo che protegge i pazienti dai medici meno preparati, offre ai medici uno strumento per identificare le proprie necessità di miglioramento, li protegge nelle azioni legali e giudiziarie, migliora le qualità delle cure e aumenta la fiducia del pubblico nei medici stessi¹³⁸.

Una efficace rivalidazione implica che siano fissati standard di cura basati sull'evidenza, orientati all'*outcome*, soddisfacenti per il pubblico e per i medici, non eccessivamente onerosi e burocratici. La responsabilità di un simile impianto regolatorio deve essere condivisa tra i professionisti e l'autorità sanitaria.

La ricertificazione deve essere gestita da un ente indipendente di tipo professionale e deve includere diversi aspetti, tra i quali:

1. la buona pratica medica del candidato nella sua vita professionale;
2. un CPD comprensivo di un portfolio della conoscenza e della pratica clinica;
3. un *audit* sull'attività svolta, comprensiva delle quantità degli interventi e della loro qualità (appropriatezza, sicurezza, *outcomes*);
4. un esame teorico sulla conoscenza del candidato;
5. il giudizio del Primario, dei colleghi e dei pazienti, che riguarda anche la capacità di relazione con questi

e con tutto il sistema, la partecipazione al lavoro di squadra, la disponibilità e la cortesia.

Se vogliono ottenere il privilegio dell'auto-regolamentazione e non soccombere alla burocrazia e alla politica, i medici devono accettare di buon grado il periodico esame di competenza: esso è un importante indicatore di professionalità. La valutazione periodica della capacità professionale, infatti, è il modo migliore per dimostrare ai propri pazienti e alla società di essere all'altezza del proprio compito.

Il processo di rivalidazione comincia ad essere implementato sperimentalmente in Gran Bretagna da quest'anno ed è un buon modello che potrebbe essere utilizzato anche in Italia¹⁶⁰. Esso è stato disegnato dal *General Medical Council* che lo ha sottoposto a dibattito pubblico¹⁶⁰, conclusosi il 6 giugno 2010.

I soggetti deputati alla certificazione, peraltro, hanno il dovere di assicurare che i casi sottoposti alla valutazione degli esaminandi siano rilevanti e costituiscano una ragionevole misura della loro competenza clinica.

È importante che i medici e le loro Associazioni siano i promotori di un percorso che identifichi sempre migliori strumenti per il loro aggiornamento sul lavoro e modalità di collaborazione con gli Enti certificatori sui modi migliori di valutazione delle capacità professionali.

Lo scopo del CPD tuttavia dovrebbe essere quello di migliorare qualità ed efficienza dei servizi di diagnosi e cura, non solo di rinnovare la licenza professionale¹⁶¹.

L'ECM come viene oggi intesa in Italia non è finalizzata a migliorare gli *outcomes* dei pazienti, ma ad acquisire nozioni, e deve quindi essere superata con il CPD (che la include)¹⁶¹.

Perché i medici siano maggiormente interessati ad investire nel loro aggiornamento continuo è necessario:

- a. usare incentivi economici legati alla loro capacità professionale;
- b. legare il mantenimento della licenza professionale al processo del miglioramento continuo della performance professionale;
- c. dare all'aggiornamento “*on job*” la massima priorità e i mezzi per realizzarlo e documentarlo (e-portfolio, ecc.);
- d. aumentare il finanziamento pubblico e privato (a carico degli stessi medici) verso programmi di aggiornamento indipendenti, a scapito di quelli finanziati dall'industria¹⁶¹.

“Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze e non soltanto di quelle che sono contenute nei libri. I suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri”

(Paracelso)

Le Linee Guida

Perchè siano efficaci, le Linee Guida devono integrarsi con altre iniziative, specie quelle tese alla loro implementazione e diffusione, e con la misura della *performance*. Inoltre, contrariamente ai medici che le approntano per fini di miglioramento professionale, l'autorità sanitaria vorrebbe utilizzarle per controllo e per ridurre i costi, e le pressioni economiche sono sempre in agguato per trarne profitto. Tuttavia è indiscutibile che il potenziale delle Linee Guida per sostenere la buona pratica medica è elevato se si seguono criteri e strumenti come AGREE¹⁶² per la loro stesura.

Come redatte oggi, le Linee Guida presentano alcuni inconvenienti, quali la selezione dei componenti dei Comitati di Redazione, l'unanimità delle conclusioni, la mancanza di revisione indipendente, il conflitto di

interessi. I suggerimenti di miglioramento sono riportati di seguito.

1. Inserire nei Comitati di redazione statistici, epidemiologi ed esperti di economia e politica sanitaria.
2. Fissare una data di scadenza per ogni Linea Guida e cambiare i *leader* quando questa viene rieditata.
3. Pubblicare oltre alla Linea Guida le posizioni discordanti emerse nel Comitato.
4. Riportare in internet la versione finale per commenti prima dell'edizione ufficiale.
5. Sottoporre a revisione indipendente la versione finale della Linea Guida prima di pubblicarla ufficialmente.
6. Pubblicare tutte le connessioni con l'industria dei membri del Comitato di redazione, escludendo i componenti che hanno ricevuto compensi sostanziosi da una o più Aziende.
7. Le Associazioni che le producono non devono ricevere sponsorizzazioni di alcun tipo dalle industrie¹⁶³.

Le Agenzie nazionali incaricate di redigere le Linee Guida hanno oggi un compito urgente di enorme importanza per migliorare la qualità dei processi di diagnosi e cura, per aumentare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e per ridurre gli sprechi.

L'integrazione degli interventi medici

Il buon risultato delle cure non dipende solo dalla capacità professionale dei singoli sanitari, ma anche dall'integrazione degli interventi medici. Essa rappresenta il punto di incontro tra capacità professionale ed efficienza, ed è quindi un pilastro della buona sanità.

L'*Institute of Medicine* degli USA nel rapporto “*Crossing the quality chasm*” e l'OCSE hanno identificato nella scarsa collaborazione, integrazione e coordinamento la

maggiordebolezza dei sistemi sanitari odierni¹⁶⁴.

Il coordinamento va sviluppato a diversi livelli in ordine crescente di complessità:

- nel Reparto, nel Dipartimento e tra i Dipartimenti
- tra l'Ospedale e l'extra-Ospedale (la rete a decrescente intensità di cura)¹⁶⁵.

Nel Dipartimento e tra i Dipartimenti il coordinamento inizia nell'incontro multidisciplinare e multispecialistico di discussione dei casi clinici e nel disegno del percorso diagnostico-terapeutico per ognuno di essi: il *Grand Round*. Il *Grand Round* è un piano di *management* predefinito per diagnosi e cura che mira a renderle più coerenti ed efficienti¹⁶⁴. Gli incontri hanno bisogno di un luogo fisico dedicato possibilmente appartato, e ciò giustifica in parte lo scarso successo degli incontri virtuali tramite la rete elettronica¹⁶⁴. Le persone che giungono al round preparate e puntuali sono quelle che contribuiscono maggiormente al miglioramento dell'integrazione e alla qualità delle cure¹⁶⁴. In una *learning organization* gli individui si confrontano con le posizioni dei colleghi sulla conoscenza e sull'organizzazione delle cure, pronti a modificare le loro convinzioni se quelle degli altri sono migliori, ed evitando posizioni difensive e aprioristiche. Il segreto è la flessibilità mentale insieme alla conoscenza¹⁶⁴. Il *Grand Round* è anche un poderoso strumento di aggiornamento dei medici e, come tale, va utilizzato ai fini della rivalutazione.

La misura della qualità

Oggi i criteri per la misura della qualità in sanità e per la sua pubblicizzazione sono solo parzialmente validi e vi è la tendenza di tutti gli Ospedali a vantare la propria qualità basata su misure interne.

“Essendo il prodotto incerto
(i bisogni di salute del paziente) e la meto-
dologia per ottenere il prodotto altrettanto
incerta, interviene
a farla da padrone la visione burocratica
con i suoi strumenti di controllo
inflessibili e spesso inutili e nocivi”¹⁶⁶

La misura della qualità in sanità resta pertanto difficile e controversa, ma non per questo meno importante. Essa va pensata a diversi livelli: aderenza alle Linee Guida, *outcome*, soddisfacimento delle necessità e priorità del paziente, della sua famiglia e della comunità, valori professionali e sociali, sostenibilità economica ed equità, eliminazione degli sprechi e dell'inappropriatezza, sicurezza, gestione delle interfacce in Ospedale e nel territorio, integrazione tra gli specialisti e continuità delle cure.

In breve si possono riassumere tutti questi aspetti dicendo che bisogna misurare le cure verticali (cioè riferite a diagnosi e cura del singolo malato) e le funzioni orizzontali (cioè integrazione, disegno dei percorsi individuali di diagnosi e cura), assai più difficili da quantificare¹⁶⁶. Considerare un solo aspetto di questa complessa matrice crea più danni che vantaggi¹⁶⁶. Oggi la misura della qualità avviene principalmente a quattro livelli:

- *outcome*;
- indicatori di processo;
- inappropriatezza e sprechi;
- soddisfazione del paziente.

Il valore delle cure in termini di guadagno di salute resta difficilmente misurabile e anche per questo le

misure sono per lo più dirette all'ambito amministrativo-gestionale e generano interventi mirati più al contenimento dei costi che alla salute dei pazienti. Esse quindi sono determinate più dagli amministratori che dai medici, con conseguenze talora disastrose¹⁶⁷.

Per superare questa situazione Provonost¹⁶⁸ propone di procedere come segue:

- definire gli standard per misurare e riportare la qualità delle cure;
- definire il *training* e la certificazione dei misuratori;
- definire un sistema di *auditing* per verificare la qualità dei resoconti forniti dai singoli *provider*;
- definire un sistema che responsabilizzi i *provider* in analogia a quanto è stato fatto in USA per le performance finanziarie delle aziende dalla *Security and Exchange Commission* (SEC).

Per realizzare questo percorso è essenziale che i medici prendano l'iniziativa e si pongano come obiettivo il miglioramento della salute dei pazienti.

I medici (con i pazienti) come primo passo potrebbero concentrarsi sulla valutazione dell'appropriatezza delle cure mediche, che sappiamo essere oggi troppo spesso trascurata con la conseguenza di danni e costi inutili¹⁶⁹.

About measures...

"What we have to ensure is that we are measuring the right things, measuring things right, and doing the right thing with these measurements"¹⁷⁰

Past experience shows that measurement always leads to improvement in what is measured¹⁷⁰

La qualità percepita¹⁷¹

Le industrie di servizio sanno che il loro successo dipende da tre fattori:

- fuoco di attenzione sul cliente;
- prodotti e servizi disegnati con il cliente;
- comunicazione interpersonale positiva.

Nei servizi sanitari il paziente dà per scontato che il personale tecnico sia competente e l'organizzazione sia efficiente, e operi secondo standard minimi di qualità e sicurezza. Inoltre si aspetta di avere un accesso rapido alle cure, di essere rispettato come persona ed essere considerato nei suoi punti di vista almeno quanto il personale dell'Istituzione. Infine vuole essere trattato con cortesia, umanità, comprensione e disponibilità.

Quando il paziente incontra la realtà la confronta con le sue attese e dà un giudizio di qualità basato sulle sue percezioni.

Come misurare la qualità percepita?

1. Valutando la soddisfazione soggettiva del paziente.
2. Valutando l'esperienza oggettiva (ad esempio l'attesa per le prestazioni o il piano di dimissione dall'Ospedale). Questa ultima misurazione viene preferita, ma urge definire un comune set di misure.

La valutazione soggettiva, peraltro, non va trascurata in quanto è in definitiva il parere del paziente che conta per il servizio sanitario.

A questo scopo si usano i PROMS (*Patient Reported Outcome Measures*) che sono prevalentemente questionari che misurano il miglioramento soggettivo in salute valutato dal paziente^{172,173,174}.

Vi sono due principali tipi di PROMS fra loro complementari: quelli specifici per una malattia e quelli genericci, che possono essere utilizzati per tutta la popola-



Reproduced from British Medical Journal, Nigel Hawkes, 338, 504-505, © 2009, with permission from BMJ Publishing Group Ltd.¹⁷⁰

zione indipendentemente dai suoi problemi di salute. Tra questi ultimi il più noto è l'SF-36, che consente di valutare la qualità della vita più che il peso di specifiche patologie.

Entrambe le valutazioni sono utili, ma è necessario migliorare la standardizzazione e l'appropriatezza delle loro utilizzazioni anche al fine di meglio impiegarli come *end-points* nell'ambito dei *trials* clinici¹⁷⁴.

Il miglioramento continuo della qualità in sanità

Per perseguire in ogni ambito e ad ogni livello il miglioramento continuo della qualità (QI), viene raccomandato di utilizzare l'ormai famosa Ruota di Deming o metodo scientifico o PDCA, rappresentato nella Figura 9.

L'industria giapponese è stata maestra in tema di QI, che per essere efficace deve avvenire in modo continuo e per piccoli passi¹⁷⁵. Non c'è nulla di più deleterio delle grandi riforme (soprattutto se prive di una sufficiente valutazione dei loro costi e delle loro conseguenze) tanto care alla politica non solo italiana. Si veda la riforma proposta da Lord Darzi in Gran Bretagna, che prevedeva circa 40 cambiamenti, dei quali alcuni rivoluzionari¹⁷⁶, tutti insieme.

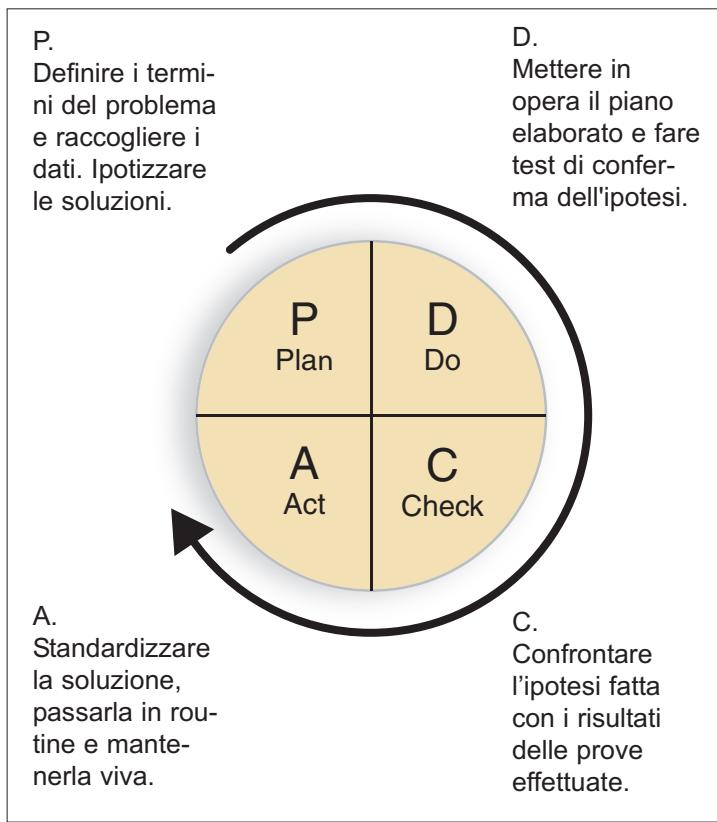


Fig. 9 - La Ruota di Deming

La metodologia di QI oggi preferita è il *Toyota Way*¹⁷⁷, illustrato con sapiente concisione in Italia dall'Ing. Alberto Galgano¹⁷⁸, e applicabile anche al Servizio Sanitario Nazionale. Esso si basa su 14 principi di *management*¹⁷⁷ e in particolare sui punti riportati nella Tabella IX.

Confrontando questi principi con la realtà del NHS, Light¹⁷⁹ amaramente conclude che il Governo non gestisce il Servizio Sanitario secondo le buone regole, i cambiamenti non sono studiati bene e quindi non giovano ai pazienti, le continue riforme perpetuano la "ri-disorganizzazione" del sistema.

I programmi di miglioramento della qualità trovano resistenza ad essere applicati¹⁷⁶. Molte sono le scuse addotte per non attivarli (troppo lavoro, troppo costo, metodo non adatto alla clinica, ristrettezze economiche, mancanza di personale, ecc.). Il risultato è che i

Tab. IX - I cardini del Toyota Way in sanità¹⁷⁹

1. Basare le decisioni su una strategia di lungo termine che generi valore per i singoli individui, la società e l'economia.
2. Valutare attentamente e minuziosamente i costi di ogni cambiamento prima di farlo, e poi misurare il risultato. Non effettuare più di qualche cambiamento alla volta.
3. Far crescere all'interno dell'organizzazione i *manager* affinché conoscano bene il lavoro quotidiano e insegnino agli altri.
4. Realizzare un sistema integrato che produca qualità mediante il continuo lavoro di gruppo per il *quality improvement* e il costante monitoraggio dei risultati.
5. Condurre una continua e sistematica lotta agli sprechi.

costi della non qualità sono altissimi e arrivano al 50% della spesa sanitaria¹⁸⁰.

Per ovviare a questi problemi, un rimedio importante è insegnare qualità e miglioramento della qualità, fare ricerca nel settore e pubblicare i risultati se scientificamente ottenuti, premiare la ricerca che genera risultati importanti e trasferibili.

La ricerca sanitaria

Oggi meno dello 0,1% della spesa sanitaria totale è dedicato alla ricerca sui servizi sanitari e sulla loro qualità¹⁸¹.

In USA il finanziamento per la ricerca sanitaria è meno della metà di quello destinato alla ricerca biomedica¹⁸².

La ricerca sanitaria, tesa a migliorare i servizi sanitari, differisce dalla ricerca biomedica in quanto si tratta di scienza applicata e non accademica, ed è tesa a cambiare i comportamenti umani più che ad acquisire nuova conoscenza¹⁸³.

The United States spends a penny studying the delivery of health care for every dollar it spends studying basic and clinical research¹⁸⁴. As such, our shortcomings in providing care are entirely understandable and predictable¹⁸⁵.

Finora la ricerca sanitaria è stata poco praticata anche perché mancava una Linea Guida per l'impostazione dei progetti e la pubblicazione dei risultati. Oggi è disponibile a questo fine la Linea Guida SQUIRE (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*) che potrà facilitare questo processo (disponibile sul sito www.squire-statement.org).

Malgrado un lieve miglioramento che è seguito al primo Summit Ministeriale sulla Ricerca Sanitaria (Messico 2004) le risorse sono ancora poche e la ricerca di base continua a dominare a scapito della ricerca clinica e di quella sanitaria, specie quella che si riferisce ai sistemi organizzativo-gestionali¹⁸⁶.

Un secondo Convegno Ministeriale sull'argomento, tenutosi a Bamako (Mali) nel novembre 2008, è giunto alle seguenti decisioni:

1. allogare almeno il 2% del *budget* ministeriale alla ricerca sulle politiche sanitarie e sull'organizzazione e gestione della sanità, condotta con metodo scientifico, misurandone i risultati;
2. creare le infrastrutture per la ricerca sanitaria (Comitati etici, registri dei *trial* clinici, ecc.);
3. creare una massa critica di giovani ricercatori nel settore;
4. coinvolgere altri nel finanziamento della ricerca in oggetto;
5. investire non solo sul breve, ma anche su progetti di lungo termine¹⁸⁷.

Tuttavia le ripercussioni pratiche di tali decisioni sono ancora scarse.

Del tutto recentemente l'Amministrazione Obama ha stanziato, nell'*American Recovery and Reinvestment Act* (ARRA) 2009, US\$ 1,1 miliardi (ossia circa l'1% della spesa USA per la sanità) per la *Comparative Effectiveness Research* (CER) applicata a definire quali sono le pratiche che offrono il miglior risultato in termini di servizio socio-sanitario, di salute e di costi¹⁸⁸. Tuttavia non sappiamo quale sarà il destino dei provvedimenti preparati dall'Amministrazione Obama per sostenere la continuità della CER e in particolare la costituzione di un Centro di Coordinamento Nazionale e una *Clearing-house*, nonché del finanziamento annuo di 600 milioni di US\$ previsto per la loro attività¹⁸⁹.

Institute of Medicine's Recommendations for a National System of Comparative-Effectiveness Research (CER)

- 1.** Prioritization of CER topics should be a sustained and continuous process, recognizing the dynamic state of disease, interventions and public concern.
- 2.** Public participation (including participation by consumers, patients and caregivers) in the priority-setting process is imperative for ensuring that the process is transparent and that the public has input into the delineation of research questions.
- 3.** Consideration of CER topics requires the development of robust, consistent topic briefs providing background information, an understanding of current practice and assessment of the research status of the condition and relevant interventions.
- 4.** Regular reporting of the activities and recommendations of the prioritizing body is necessary for evaluating the portfolio's distribution, its effect on discovery and its translation into clinical care in order to provide a process for continuous quality improvement.
- 5.** The secretary of Health and Human Services should establish a mechanism – such as a coordinating advisory body – with the mandate to strategize, organize, monitor, evaluate and report on the implementation and impact of the CER program.
- 6.** The CER program should fully involve consumers, patients and caregivers in key aspects of CER, including strategic planning, priority setting, research-proposal development, peer review and dissemination.
- 7.** The CER program should devote sufficient resources to research and innovation in CER methods, including the development of methodologic guidance for CER study design – for instance, on the appropriate use of observational data and approaches to designing more informative, practical and efficient clinical trials.
- 8.** The CER program should help to develop large-scale clinical and administrative data networks to facilitate better use of data and more efficient ways of collecting new data to inform CER.
- 9.** The CER program should develop and support the workforce for CER to ensure that the country has the capacity to carry out the CER mission.
- 10.** The CER program should promote rapid adoption of recommendations based on CER findings and conduct research to identify the most effective strategies for disseminating new and existing CER findings to health care professionals, consumers, patients and caregivers and for helping them to implement changes based on these results in daily clinical practice.

L'*Institute of Medicine* ha sottolineato l'enorme importanza della CER per la sanità e ha raccomandato che il futuro Sistema Nazionale di CER si dia dieci priorità¹⁹⁰ (vedi Box).

In Italia la riforma degli Istituti primariamente deputati alla ricerca traslazionale di tipo clinico e sanitario, ossia gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), (d.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico", a norma dell'art. 42, comma 1, della Legge 16 gennaio 2003, n. 3) si proponeva di trasformare gli IRCCS pubblici in Fondazioni di partecipazione pubblico-privata, dotarli di ampia autonomia e di una impostazione più imprenditoriale con minori vincoli, e riunirli in una rete di Centri di Riferimento di interesse nazionale, collegata all'Istituto Superiore di Sanità.

Purtroppo, a seguito del ricorso di alcune Regioni, la Corte Costituzionale ha ravvisato nella legge elementi di illegittimità costituzionale (Sentenza 270/2005 depositata il 7 luglio 2005) in quanto configgerebbe con i poteri delle Regioni in materia di sanità e ricerca. Devono essere le Regioni a redigere lo Statuto dei loro IRCCS con proprio provvedimento. In tal modo la riforma degli IRCCS è stata svuotata dei suoi contenuti e con essa è di fatto decaduta la possibilità di organizzare meglio in Italia la ricerca sanitaria. Del pari è decaduta la possibilità di dare ai grandi Istituti pubblici quei margini di libertà che avrebbero consentito loro di competere ad armi pari con gli IRCCS privati, senza le penalizzazioni causate dalle regole della pubblica amministrazione e dall'invadenza della politica.

Conclusioni

1. La qualità è l'atteggiamento mentale di fare la cosa giusta, al momento giusto, per la persona giusta e farla bene la prima volta.

2. Nella visione moderna, la cultura della qualità (l'atteggiamento mentale) deve essere presente prima e più di tutti nei dirigenti.

Hospital Boards (and senior leaders) bear direct responsibility for the hospital's mission to provide the best possible care and avoid harm to patients¹⁹¹

3. Grandi speranze sono puntate sul sistema Toyota in sanità in quanto questo è centrato sulla **lotta agli sprechi**, (che nei sistemi sanitari sottraggono e disperdono cospicue risorse), sulla **massimizzazione del valore** (cioè il ripristino della salute e la prevenzione della malattia), e sull'**ottimizzazione dei flussi** o successioni di fasi dell'attività. Il sistema Toyota utilizza strumenti interessanti per la sanità quali il *team-work*, il coinvolgimento e la valorizzazione del personale, la massima considerazione per il cliente, ma in Italia stenta ad affermarsi.
4. Le modalità per misurare la qualità sono ancora oggetto di studio: dobbiamo sapere di più circa i parametri che meglio correlano con l'effetto finale di migliorare la salute dei pazienti e su come intercettare i dati in modo semplice, economico e standardizzato.
5. La qualità e la sicurezza in sanità dipendono in egual misura dal personale sanitario, e in primo luogo dai medici che devono continuamente lavorare per migliorare la *performance*, e da coloro che sono preposti ad assicurare il miglioramento continuo dei macro- e dei micro-sistemi organizzativi e gestionali¹⁹².
In Italia sia l'ambito clinico sia quello organizzativo vanno riconsiderati (vedi box), e sono necessarie a questo fine maggior consapevolezza e partecipazione

Le più importanti cause di “non qualità” nel Servizio Sanitario Nazionale

Per quanto attiene alla clinica

- Scarsa comunicazione
- Scarsa *leadership*
- Scarso *teamwork*
- Scarsa integrazione

Per quanto attiene all'organizzazione

- Disuniformità sul territorio nazionale anche molto consistenti
- Difficoltà di accesso (da cui il frequente ricorso alla raccomandazione o al pagamento della prestazione in regime libero-professionale)
- Inappropriatezza ed inefficienza elevate
- Mancanza di impegno nella costruzione di una struttura per promuovere la qualità e i valori della medicina (vedi ad esempio le campagne in USA e in Gran Bretagna sulla sicurezza¹⁹³)
- Difetti di organizzazione e gestione del lavoro e della politica del personale (mancanza di *empowerment* dei singoli medici e dei Dipartimenti, eccesso di regole e vincoli di tipo centralistico), mancanza di meritocrazia
- Insufficienti investimenti in conto capitale (per strutture e attrezzature biomediche e informatiche)¹⁹⁴

dei medici e dell'opinione pubblica che meglio indirizzino la politica sanitaria.

6. Perché i servizi migliorino non solo tecnicamente ma anche nel rapporto umano è necessario che:
 - il personale sia motivato e contento di lavorare;
 - la sua preparazione migliori continuamente;
 - i dirigenti studino e conoscano le azioni che sono state fatte nel mondo e utilizzino solo quelle di successo, evitando improvvvisazioni e prospettive di breve termine.

Capitolo 6

LE RISORSE UMANE

È noto che la valorizzazione di tutto il personale che opera in sanità è indispensabile al buon funzionamento del sistema. Ciò vale a maggior ragione per i medici.

Il benessere dei medici

Il benessere dei medici viene incluso dall'*Institute of Medicine* tra gli indicatori di qualità (Tabella X). Per benessere (*wellness*) si intende non solo l'assenza di disa-

Tab. X - Indicatori di qualità della sanità

1. Processi di cura (ad esempio i periodici esami di urine e sangue nei diabetici)
2. *Outcomes* nei pazienti (ad esempio mortalità a 30 giorni nel bypass aorto-coronarico)
3. Percezione del paziente (ad esempio comunicazione medico-paziente)
4. Organizzazione sanitaria (ad esempio accesso dei pazienti ai medici e alle strutture)
5. Benessere dei medici (assenza di *burn-out*, soddisfazione, buona salute)

(Institute of Medicine, 2006)

gio, ma anche la possibilità di impegno, crescita e raggiungimento del successo in vari aspetti della vita personale e professionale¹⁹⁵. Il benessere del medico è misurabile ed è un valido indicatore della qualità dell'organizzazione sanitaria¹⁹⁶.

“Physician wellness: a missing quality indicator”²⁴

Il medico è contento se si favoriscono il suo stato di salute fisica e psichica, la sua capacità professionale, il suo status sociale, la sua *leadership*, la sua partecipazione all'organizzazione e gestione della sanità.

Molti medici oggi sono demotivati giacché:

- subiscono frequenti cambiamenti organizzativi spesso poco efficaci;
- non partecipano alla definizione dei processi di cura;
- hanno scarso riconoscimento della loro autonomia e valore professionale;
- hanno un ruolo subalterno a quello dei politici e degli amministrativi;
- sono subissati di compiti burocratici ed esposti a rischi professionali;
- in maggioranza hanno salari inadeguati¹⁹⁷.

La demotivazione esita spesso nel cosiddetto "burn-out" e nell'incuria della propria salute. Le cause di *burn out* sono state identificate nei seguenti fattori:

- a. eccessivo lavoro: il medico lavora spesso 50 o più ore a settimana con funzioni di guardia 24 o più ore di seguito;
- b. lavoro cronicamente stressante dal punto di vista psicologico, che prevede spesso rilevanti impegni cognitivi;
- c. frequenti e rapidi cambiamenti della pratica medica e dell'organizzazione sanitaria (eccessivo lavoro burocratico, crescenti responsabilità, conflitto tra l'interesse del sistema e quello dei malati, ecc.);

- d. progressiva perdita di autonomia nei confronti del sistema, ma responsabilità sempre elevate;
- e. mancati riconoscimenti morali e materiali e scarse opportunità professionali;
- f. caratteristiche personali e di genere²⁴.

Un medico su tre in qualche momento della vita viene colpito da *burn-out* che si manifesta con perdita di entusiasmo per la professione, senso di inutilità del proprio lavoro, cattivo rapporto con pazienti e colleghi¹⁹⁸.

Le conseguenze del disagio dei medici si riflettono anche sull'organizzazione sanitaria attraverso:

- *turn over* aumentato;
- ridotta produttività ed efficienza (assenteismo, pensionamento anticipato);
- rapporti difficili con i pazienti, i colleghi, il sistema;
- ridotta qualità e sicurezza delle cure ai pazienti e loro insoddisfazione;
- maggior incidenza di malattie fisiche e mentali.

Tale disagio dei medici è correggibile, ma è necessaria molta ricerca per aumentare la generale consapevolezza e trovare i migliori modi di risolvere questo problema tanto importante per i medici, per i malati e per il Servizio Sanitario Nazionale. Il *burn-out* non si combatte con l'evasione dal lavoro, ma con modificazioni organizzative che consentano al medico di curare, fare ricerca e insegnare con soddisfazione ma anche assecondino la sua aspirazione ad emergere, acquisire nuove tecniche e conoscenze, essere riconosciuto materialmente e moralmente per i suoi risultati e i suoi meriti¹⁹⁸. Purtroppo nelle Istituzioni pubbliche italiane siamo ben lontani da questi obiettivi e di fatto manca una politica delle risorse umane.

Far sì che il medico sia soddisfatto è una riconosciuta priorità di tutti i sistemi sanitari e di tutti i Paesi

Capitolo 7

I COSTI DEI SERVIZI SANITARI E LA LORO SOSTENIBILITÀ

Tutte le Nazioni occidentali lamentano un elevato consumismo nella sanità che mette a dura prova la sostenibilità dei servizi sanitari. Infatti l'incremento della tecnologia e le pretese della società moderna (che chiede un Servizio Sanitario Nazionale che risponda non solo ai bisogni oggettivi del malato definiti dai medici, ma anche alla domanda del paziente) rendono economicamente insostenibile il Servizio Sanitario Nazionale se non si adottano adeguati provvedimenti.

Cause dell'eccessivo uso dei servizi sanitari

1. Maggiore è la valutazione strumentale del malato maggiore è la buona fama del medico. Il paziente infatti preferisce il medico che usa la tecnologia anziché la clinica: più il medico prescrive più è preparato.
2. Più si fa e più si guadagna (vale per molti medici e per gli erogatori di servizi sanitari).
3. Il sistema di pagamento remunerava le procedure più che la prudente osservazione, la valutazione clinica e il dialogo con il paziente.
4. L'industria farmaceutica fa una forte pressione sui medici perché usino farmaci proprietari, nuovi e

Tab. XI - International Comparisons of Health Care Costs, Quality and Outcomes (2004-2005)¹⁹⁹

| Indicator | USA | Norway | Switzerland | France | Japan | OECD Average |
|---|------------------|-----------|------------------|-----------------|-------|-----------------|
| • Health care expenditures, per capita° | 6401 | 4364 | 4177 | 3374 | 2249 | 2560 |
| • Infant mortality, per 1000 births | 6.8 | 3.1 | 4.2 | 3.6 | 2.8 | 5.4 |
| • Cancer mortality, per 100.000 population | 203 | 201 | 186 | 244 | 208 | 227 |
| • Ischemic heart disease mortality, per 100.000 male patients | 170.3 | 120.7 | 95.2 | 64.2 | 42.0 | 141.6 |
| • Life expectancy at age 65, female patients, years | 20.0 | 20.1 | 21.0 | 21.4 | 23.2 | 19.6 |
| • Hospital discharges, per 1000 population | 121 | 173 | 157 | 268 | 106 | 163 |
| • Annual physician office visits per capita | 3.8 | NA | 3.4 | 6.6 | 3.8 | 6.8 |
| • Physician salaries, specialists/general practitioners° | 230.000- 161.000 | 77.000 NA | 130.000- 116.000 | 149.000- 92.000 | NA | 113.000- 83.000 |
| • Pharmaceutical spending per capita° | 752 | 375 | 424 | 559 | 425 | 383 |
| • Use of new pharmaceuticals (No. of drugs released in last 5 years relative to US, per capita) | 100 | NA | NA | 65 | 40 | NA |
| • Coronary vascularization procedures per 100.000 population | 579 | 320 | 134 | 196 | NA | 245 |
| • Cesarean deliveries, % of births | 29 | 15 | 26 | 18 | NA | 28 |

Abbreviations: NA, not available; OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development. ° US \$

costosi e medicalizzino ogni possibile condizione (ad esempio la cura della bronchite da fumo, anziché la cessazione dal fumo!).

5. La medicina difensiva.
6. Il terzo pagante altera il normale equilibrio di mercato ove la domanda è moderata dal costo.
7. La pubblicità di farmaci, tecnologie, Ospedali. È in aumento la complicità fra giornalisti e medici per costruire storie sensazionali a scopo promozionale²⁰⁰. Si aggiunga inoltre che i costi della sanità variano considerevolmente da Nazione a Nazione (Tabella XI), e in Italia da area a area anche all'interno della stessa Regione, un fenomeno che dovrebbe essere preso in maggior considerazione per l'applicazione di più efficaci correttivi.

Le strategie per contenere i costi del Servizio Sanitario Nazionale²⁰¹

Queste possono operare su due versanti.

I) Sul versante della domanda

- Razionamento dell'accesso, attraverso un ridimensionamento dell'offerta di servizi sanitari come si può ottenere accreditando gli erogatori in base a prefissati livelli qualitativi e solo nei limiti del fabbisogno della Regione, come previsto dalla Riforma Sanitaria del 1999.
- *Co-payment* rilevante o esclusione dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) di alcuni servizi lasciati al pagamento individuale o ad assicurazioni integrative. Secondo Reviglio²⁰² per livelli essenziali si potrebbero intendere non tutte le prestazioni efficaci dal punto di vista diagnostico-terapeutico, ma solo quelle necessarie che i cittadini non potrebbero procurarsi con i propri mezzi. Le Regioni verrebbero lasciate libere di decidere l'erogazione delle prestazioni solo oltre tali livelli.

II) Sul versante dell'offerta (misure che tendono ad aumentare il value-for-money).

- *Strategic purchasing* delle Regioni, tramite lo strumento dell'accreditamento e riservandolo a *providers* che dimostrano efficienza, appropriatezza e qualità, proporzionandone il numero ai bisogni sanitari della popolazione.
- Competizione tra i *providers* ma intesa come competizione tra reti di *providers* di diversa intensità di cura, tra loro riuniti in un'unica organizzazione (Azienda sanitaria).
- Pagamenti commisurati alle *performance*.
- *Technology assessment*.
- Integrazione e coordinamento tra i vari livelli di cura.
- Rafforzamento della prevenzione e delle cure primarie (la Medicina Generale e i centri territoriali, come le Case della Salute).

Mentre gli interventi sul contenimento della domanda sono modesti e impopolari, quelli relativi all'offerta sono significativi e meglio accetti. Molti studiosi oggi puntano soprattutto su due innovazioni organizzative per contenere i costi della sanità migliorando i servizi al malato:

- pagamento a episodio di malattia o ciclo di cura e non a singola prestazione
- sostegno delle reti integrate di erogatori di servizi tra loro associati o connessi che seguono le Linee Guida di buona pratica clinica.

Tuttavia la pratica applicazione di questi criteri non è semplice, ed è necessaria ancora molta ricerca nel settore per definire i limiti dell'episodio di cura e le misure di *performance*. Entrambi vanno aggiustati sul rischio e confrontati tra loro in un *benchmarking* appropriato²⁰³.

Le Case della Salute possono migliorare la spesa?

I più recenti sistemi di pagamento nel mondo anglosassone (*Mass Coalition for Primary Care Reform, Alabama*

Medicaid) puntano a premiare le "Case della Salute" per la loro *performance* in alcuni ambiti (uso dei generici, contenimento delle visite al Pronto Soccorso, misure di prevenzione, cura delle malattie croniche, ecc.) erogando risorse aggiuntive alla quota capitaria o consentendo ai medici generalisti una compartecipazione ai risparmi²⁰⁴. I principali obiettivi della Casa della Salute, di cui si è già parlato in precedenza, divengono pertanto i seguenti:

- a. coordinare e integrare le cure e i servizi sociali, dando al medico generalista la funzione di coordinatore (va notato peraltro che la funzione di *gatekeeper* non ha avuto universale successo tra i medici generalisti);
- b. accedere al pagamento non per singole prestazioni ma per percorso di diagnosi e cura, comprensivo di pre-ricovero, ricovero ospedaliero e 90 giorni di cure post-ospedaliere;
- c. evitare il ricorso all'Ospedale per le malattie croniche e per le urgenze minori;
- d. realizzare un'efficace promozione della salute e prevenzione in collaborazione con gli specialisti;
- e. ridurre i costi legati al cattivo uso dei servizi sanitari;
- f. migliorare la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente²⁰⁵.

Perché la Casa della Salute abbia successo sembra necessario quanto segue²⁰⁶:

1. L'arruolamento dei pazienti sia volontario.
2. Il medico generalista non funga da *gatekeeper*, ma da *gateway*, cioè un amico del paziente che discute con lui dell'opportunità di fare l'una o l'altra cura in base ai rischi dei trattamenti inappropriati e ai vantaggi di quelli corretti. Paul Ellwood, che nel 1971 ha coniato il termine *Health Maintenance Organization* (HMO), rite-neva che "solo il medico può decidere quale cura sia necessaria, e pertanto lui solo può eliminare le spese superflue"²⁰⁶.

**Tab. XII - Eligibility Criteria for Participation
in Medical-Home Programs²⁰⁵**

| Medical-Home Capacities | How Capacities Are Measured in Most Current Medical-Home Certification Programs |
|---|---|
| • Improved access and communication | Have written standards for key components of access and communication (4 points) and use data to document how standards are met (5). Assess language preference and communication barriers (2). (Total: 11 points) |
| • Use of data systems to enhance safety and reliability | Use data system for non clinical (2) and clinical (6) information to track patients' diagnoses (4) and clinical status (6) and to generate reminders (3). Track referrals (4) and laboratory results systematically (7). Use electronic system to order, retrieve and flag tests (6); write prescriptions (3) and check their safety (3) and cost (2); and improve safety and communication (4). (Total: 50 points) |
| • Care management and coordination | Adopt and implement evidence-based guidelines (3) and use reminders for preventive services (4). Coordinate care with other providers (5) and use nonphysician staff to manage patient care (3). (Total: 15 points) |
| • Support for patient self-care | Develop individualized patient care plans, which assess progress and address barriers to achieving plan goals (5). Actively support patient self-care (4). (Total: 9 points) |
| • Performance reporting and improvement | Measure (3) and report performance to physicians in the practice (3) using standardized measures (2). Report performance externally (1). Survey patients about their experience (3). Set goals and take action to improve (3). (Total: 15 points) |

3. Il medico generalista sia sempre aggiornato per avere la fiducia del paziente che è spesso molto bene informato (importanti i servizi di aggiornamento elettronico!).
4. La struttura della Casa della Salute sia all'altezza delle aspettative, con facile accesso non solo al medico generalista ma anche, su sua indicazione, agli specialisti. A tal fine sono importanti la possibilità di accesso immediato e la cartella clinica elettronica.
5. Il personale sia adeguato per numero, preparazione, motivazione, disponibilità e cortesia. La Casa della Salute virtuale non dà garanzie in tal senso.
6. Il finanziamento sia sufficiente a garantire la copertura dei costi e gli incentivi alle strutture migliori in termini di qualità, efficienza e soddisfazione dei pazienti, premiando l'integrazione delle cure, l'accesso tempestivo agli specialisti e alle strutture eventualmente necessarie, la tecnologia disponibile, tenendo conto del rischio relativo (età, fragilità ecc.) dei pazienti arruolati.

Il successo della Casa della Salute è pertanto legato alla soddisfazione non solo dei pazienti ma anche degli operatori²⁰⁶.

Solo le Case della Salute con i requisiti necessari dovrebbero poter accedere alla qualifica di *Medical Home*, la cui istituzione è ancora iniziale e a livello di *Demonstration Project* (Tabella XII).

Le incognite circa il successo delle *Medical-Homes* restano peraltro numerose in quanto si tratta di un'esperien-

NOTA ALLA TABELLA XII. *Qualification requirements for receiving extra payments under current medical-home demonstration programs generally rely on qualification as a patient-centered medical home by the National Committee for Quality Assurance, with greater payments generally granted to practices achieving higher scores (points are shown in parentheses). Practices are expected to perform the core functions of primary care, which include first contact and comprehensive care.*

Tab. XIII - Strengthening Medical-Home Models²⁰⁵

| Barrier to Success of Medical Home | Approaches to Overcoming Barrier |
|---|---|
| Resistance to collaboration There are few incentives for hospitals and specialists to collaborate with primary care physicians | Share information among providers Require medical homes to specify practice network for performance measurement and information sharing |
| Single-practice data systems are insufficient | Require providers to meet connectivity standards |
| Lack or uncertainty of public and political support | Establish performance measurements and rewards |
| Acceptability to patients is unknown; fear of gatekeeping could undermine | Institute transparent performance measurement across continuum of care. |
| Specialists will probably oppose if their incomes are threatened | Reward collaboration through payment updates, pay for performance, or shared savings |
| Difficulty controlling costs There are outside influences on costs. Savings in a subpopulation are probably offset by increased spending in others | Institute broad accountability for population-based costs Foster integrated delivery systems that share savings from improved quality of care and lower costs for all patients |

za e di modelli recenti e ancora in fase di studio e di valutazione (Tabella XIII).

Fondamentalmente, è necessario che tutti coloro che curano il paziente abbiano un vantaggio dalla maggior efficienza, appropriatezza, qualità, e soddisfazione delle cure.

In riferimento all'Italia si potrebbero considerare le ASL come una sommatoria di reti integrate di cura, premian-

do quelle migliori, con vantaggi per tutti i medici e per il rimanente personale sanitario²⁰⁵.

Ma la salute è un costo improduttivo?

Gli Stati dell'Unione Europea condividono il principio di un servizio sanitario universale, equo e solidale, ed il fatto che, essendo questo un servizio che produce salute, deve essere considerato un settore produttivo e non un costo improduttivo^{1,201}.

“Health is an economic engine”²⁰⁷

Ogni individuo nasce con un capitale di salute che si riduce con l'età e con la malattia. Gli investimenti che riducono morbilità e mortalità aumentano il capitale di salute della popolazione e conseguentemente l'economia del Paese. Al contrario i comportamenti non salutari (come il fumo, l'abuso di alcool, ecc.) comportano una spesa improduttiva e una perdita economica per la società.

Conclusioni

1. Una salute migliore determina un maggiore sviluppo economico, e questo a sua volta contribuisce a migliorare la salute della popolazione^{1,201}.
2. Investire nella salute può ridurre la spesa sanitaria nel futuro e consentirne così la sostenibilità (vedi i due rapporti Wanless commissionati in Gran Bretagna dal Ministero del Tesoro nel 2002 e 2004)²⁰¹.

Una riduzione del 10% della mortalità per malattie cardiovascolari vale più di 4.000 miliardi di US\$ e l'1% di riduzione della mortalità per cancro vale più di 400

miliardi di US\$ per le generazioni americane presenti e future^{1, 201}. Il ritorno sull'investimento è di 6:1.

3. Gli investimenti nella salute, inoltre, "comprimono" la morbilità della vecchiaia assicurando non solo una vita più lunga ma soprattutto di miglior qualità. In tal modo gli anziani usano meno servizi sanitari e vanno in pensione più tardi attingendo meno ai fondi pensione.
4. La richiesta di maggiori fondi per la salute non può però prescindere dalla necessità di correggere l'inappropriatezza e l'inefficienza che si osserva nei servizi sanitari. Inoltre, bisogna attuare una politica coerente indirizzando al sostegno della salute anche altri settori, quali l'ambiente, l'educazione, i trasporti in quella che viene chiamata "*Health in all policies*" (European Ministerial Conference, Roma, 18 dicembre 2007).
5. Gli interventi più urgenti sembrano oggi quelli tesi a contenere gli sprechi: in sanità si può risparmiare senza intaccare la qualità delle cure²⁰⁸.
In USA il 30% della spesa sanitaria è privo di evidenti vantaggi clinici²⁰⁹. In Italia questo dato non è noto.
6. Il contenimento della spesa non deve avvenire a scapito della qualità dei servizi erogati. Il continuo progresso della tecnologia medica è l'aspetto più delicato ai fini del finanziamento giacchè, se è vero che esso è il responsabile di un consistente aumento della spesa, tuttavia è anche il principale attore del miglioramento delle condizioni di salute e di vita della popolazione²¹⁰.
Non è quindi con tagli di spesa indiscriminati o riduzione degli investimenti in tecnologie, ma è solo con una competenza profonda ed oculata che si può operare in questo ambito senza causare gravi danni.

Capitolo 8

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. UN SISTEMA IN CRISI?

Premessa

In tutti i Paesi evoluti vi è grande preoccupazione per il continuo aumento della spesa sanitaria. A grandi linee questo aumento è provocato per:

- 1/3 dall'aumento della tecnologia e dei suoi costi;
- 1/3 dall'aumento del costo della vita;
- 1/3 dallo spreco (non qualità, inefficienza, consumismo, frodi, ecc.).

In Italia, in un decennio, la spesa sanitaria è passata da 66 miliardi di € nel 2000 ai 106 del 2010 (un aumento di oltre il 50%), senza che siano sostanzialmente cambiati i determinanti di salute della popolazione o, più in generale, i vari aspetti della sanità.

I Servizi Sanitari Nazionali, come quello italiano, peraltro, hanno sugli altri sistemi sanitari (di tipo assicurativo) tre importanti vantaggi:

1. copertura universale senza discriminazione alcuna, gratuita al punto di erogazione dei servizi;
2. costi relativamente bassi: in Italia la spesa pubblica per la sanità non raggiunge il 7% del PIL, livello assai inferiore a quello di molti Paesi ad economia avanzata;
3. forte sviluppo della medicina territoriale o delle cure primarie.

Ma non mancano i problemi. Nella sanità italiana oggi in particolare risultano critici quattro ambiti:

- le azioni di contenimento della spesa da parte delle Regioni attraverso tagli indiscriminati e tetti di spesa;
- lo spreco e l'inappropriatezza;
- la demotivazione del personale, specie dei medici;
- la disuniforme soddisfazione dei consumatori nelle varie aree del Paese.

Preoccupanti per l'Italia i dati del "Barometro annuale su attitudini, aspettative e preoccupazioni dei cittadini europei in tema di sanità", presentato a Chamonix (Francia) il 25 settembre 2009: solo il 9% dei cittadini italiani si dichiarerebbe soddisfatto del Servizio Sanitario Nazionale²¹¹.

Tale dato sembra in verità poco verosimile e risultati decisamente migliori sono stati presentati il 16 aprile 2010 dal Censis, che rileva come il Servizio Sanitario Nazionale risulti accettabile e soddisfacente alla maggior parte degli Italiani, ma come alcuni aspetti siano insoddisfacenti e le disuguaglianze tra le varie aree del Paese continuino ad apparire gravi²¹².

Tutto ciò indica la necessità di studiare ed effettuare alcune riforme strutturali e di abbandonare metodi del passato che si sono dimostrati errati o inefficaci.

Alcune criticità italiane

I) L'aziendalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale

L'Ospedale pubblico non è un'azienda, ma una organizzazione complessa *sui generis*, chiamata Ospedale²¹³.

Le cosiddette Aziende Ospedaliere e quelle Territoriali non sono vere Aziende, ma di queste sovente hanno adottato i difetti e in particolare i dieci comandamenti per fallire (secondo l'ex Presidente della Coca-Cola)²¹⁴:

1. NON RISCHIARE
2. ESSERE INFLESSIBILI
3. ISOLARSI
4. PRESUMERSI INFALLIBILI
5. GIOCARE SPORCO
6. NON DARSI TEMPO PER RIFLETTERE
7. APPOGGIARSI TROPPO AI CONSULENTI (ANCHE PER SCARSA CAPACITÀ PERSONALE)
8. AMARE LA BUROCRAZIA (LA MENTALITÀ BUROCRATICA)
9. TEMERE IL FUTURO E IL CAMBIAMENTO
10. PERDERE LA PASSIONE PER IL LAVORO.

II) La mancanza di sufficiente integrazione dentro l'Ospedale e tra Ospedale e territorio: le reti a decrescente intensità di cura¹⁰

Chris Ham (professore di gestione sanitaria all'Università di Birmingham ed ex capo dell'Unità Strategica del Dipartimento Sanità della Gran Bretagna) ritiene che la divisione tra chi acquista e chi vende servizi sanitari non funziona bene perché la politica non rinuncia a intervenire in questo quasi-mercato e a distorcerlo più di quanto già non sia. Migliore sarebbe la soluzione di far competere tra loro non i singoli erogatori di servizi sanitari (Ospedali) ma sistemi integrati e completi di assistenza sanitaria globale, sul modello della Kaiser-Permanente in USA²¹⁵.

Seguendo questo modello l'ASL potrebbe diventare un insieme di organizzazioni integrate e coordinate, dove i vari livelli di cura (medici generalisti, Centri territoriali di diagnosi e cura, Istituti di Riabilitazione, Ospedali locali) operano in sintonia e appartengono ad un'unica organizzazione sanitaria. Anche il socio-sanitario (RSA, domicilio) dovrebbe far parte di questa organizzazione. La ASL diverrebbe così una unica Azienda (o un insieme di Aziende), con proprio personale e con contratti di



Reproduced from British Medical Journal, Nigel Hawkes, 338, 1239, © 2009, with permission from BMJ Publishing Group Ltd.²¹⁶

lavoro che lasciano margini per migliorare quello nazionale e che sono unici per tutti i medici (e per il personale sanitario non medico).

Il cittadino sarebbe libero di farsi curare in una qualunque ASL, ma con una cura integrale dal medico generista all'Ospedale locale.

**“La divisione tra Ospedale e territorio
e la loro aziendalizzazione
sono da ritenersi inopportune”**

Così le ASL, o le diverse reti integrate a crescente intensità di cura, e non i singoli suoi componenti potrebbero competere tra loro sul valore delle prestazioni sanitarie definito dagli *outcomes* dei processi di cura e prevenzione e dal loro costo-efficacia¹⁰.

I Policlinici e gli IRCCS dovrebbero essere Centri di Riferimento di interesse nazionale, riuniti in rete e deputati alla ricerca sanitaria, clinica e traslazionale.

III) La scarsa autonomia dei Dipartimenti

In Italia il Dipartimento è una struttura priva di poteri, che dovrebbe al contrario diventare titolare del "governo clinico". La *governance clinica* si realizza se i poteri clinici e formativi sono delegati dall'Amministrazione ai Capi Dipartimento. I Dipartimenti (che normalmente riguardano la patologia di un organo o apparato) devono diventare analoghi alla Divisione industriale con totale rispetto del binomio poteri-responsabilità.

In questo assetto, il Capo Dipartimento con i suoi Primari negozia con l'Amministrazione la quantità e la qualità delle prestazioni che intende erogare, e sottoscrive il *budget* di Dipartimento a queste proporzionate. Il Direttore con il suo direttorio (i Primari del Dipartimento) ordina la spesa, seleziona e gestisce tutto il personale medico, tecnico ed infermieristico, gestisce il CPD dei suoi medici per migliorarne la *performance*, utilizzando una o più figure che lo assistano nelle funzioni amministrative e contabili. Se non rispetta gli impegni, il Capo Dipartimento alla scadenza di un triennio non viene riconfermato. Per queste funzioni e responsabilità deve ricevere un'indennità assai consistente.

Alcuni hanno addirittura proposto di retribuire le prestazioni (pesate su rischio e qualità dell'*outcome*) direttamente al Dipartimento e non all'Amministrazione centrale. Il Dipartimento pagherebbe una quota all'Amministrazione centrale per i suoi servizi di supporto²¹⁷.

IV) La carenza di un efficace sistema di misura della qualità delle prestazioni mediche (incluse sicurezza e appropriatezza) e il suo utilizzo per un sistema premiante (già trattato nelle pagine precedenti).

V) L'invasione della politica in sanità

Il guru Sir Gerry Robinson, un esperto di salvataggio di aziende in difficoltà, dopo un anno passato in un Ospedale generale del South Yorkshire come osservatore, ha concluso che il primo passo per migliorare è sottrarre il Servizio Sanitario Nazionale al controllo governativo, che non sa nulla di *management* ma fa solo politica²¹⁸.

Politicians and the NHS

The political class in Britain today has little experience outside politics, meaning that its members are often ill equipped to take up the reins of power and lead the reform of major public services like the NHS²¹⁹

The British Medical Association is urging the government to adopt a formal NHS constitution. Under the plan an NHS board of governors and an NHS executive management board would take the responsibility for managing the NHS and for overseeing performance²²⁰

The Conservatives' commitment to distancing politicians from the day-to-day running of the NHS. This aim will be achieved through the establishment of an independent board made up of the NHS chief executive, his senior colleagues, and lay people serving in a non executive capacity²¹⁹

VI) Il ruolo marginale dei medici nel sistema

Non è più né tollerabile né conveniente che i medici siano marginalizzati nel loro ruolo medico e investiti di compiti amministrativi ripetitivi e di basso livello.

“...the aspiration to return power
to front line staff, including doctors,
by bringing an end to the micro
management of health care by politicians”²¹⁹

Infatti, ciò da un lato li demotiva e ne indebolisce la figura nella società e dall'altro snatura il rapporto medico-paziente e fa crescere la spesa.

“Managers, whose job is to help
clinicians deliver effective health care,
have in effect become
*political foot-soldiers”*²²¹

Uno studio americano recente stima che i medici dedicano una media di 142 ore/anno per compiti burocratici (per un costo di US\$ 70.000 per medico). Un altro studio dimostra che le infermiere che operano in medicina e chirurgia impiegano il 35% del loro tempo per mansioni burocratiche (con un costo annuale di oltre 50 miliardi di US\$)²²².

Come superare le criticità

Donald Berwick, ex-Direttore dell'*Institute of Medicine* e massimo esperto di sistemi sanitari, ha formulato dieci raccomandazioni per un servizio sanitario migliore²²³.

1. Mettere il paziente al centro del sistema, che significa "Nulla che mi riguarda senza il mio parere".
2. Smettere di riformare.
3. Ripensare i servizi locali (territoriali).
4. Ripensare le cure primarie e la Medicina Generale.
5. Sfuggire alla tentazione delle forze di mercato e della competizione.
6. Evitare come la peste la fornitura di servizi guidata dall'offerta (con la conseguente iper-offerta e relativo aumento dell'inappropriatezza e dei suoi costi).

7. Usare un approccio integrato dei poteri per definire e misurare la qualità (poteri e responsabilità chiari dei centri di comando).
8. Sanare il conflitto tra medici e *managers*.
9. Preparare il personale per il futuro, non per il passato. (Ciò significa ragionare in una logica di sistema, con priorità come la sicurezza del paziente, il lavoro di gruppo, il miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza, la cultura della misura e del dato).
10. Mirare a dare salute, non solo cure.

È inutile continuare a proporre schemi utopici, come quello di caricare i singoli medici generalisti con compiti che non sanno o non possono effettuare, a meno che la Medicina territoriale venga completamente ripensata: la ASL come Azienda che governa tutte le sue attività sanitarie e sociali, disegna le reti integrate, attiva le Case della Salute gestite da medici generalisti e i Centri distrettuali di prevenzione, attiva un unico contratto per tutti i medici (siano essi ospedalieri o territoriali), usando gli strumenti che promuovano il merito, delega i poteri di *clinical governance* ai Dipartimenti, ecc.

Le mie proposte

In Italia sarebbe utile avviare il cambiamento del sistema sanitario attuando con metodo scientifico poche iniziative, a tre livelli.

1) *Nei Dipartimenti*

a. Attivazione del *Grand Round* interdipartimentale (con definizione del percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti più complessi, riconoscimento dei crediti ECM ai partecipanti, assistenza al gruppo da parte di una persona formata *ad hoc*, creazione dell'e-portfolio individuale dei medici e suo riconoscimento). Va nota-

- to che il *Grand Round* clinico si dimostra utile anche quando viene adottato dai medici generalisti e contribuisce ad aggiornarli e a romperne l'isolamento²²⁴.
- b. Attivazione precoce del piano di dimissione dall'Ospedale, che comprenda un'adeguata informazione sulla diagnosi e la cura, un organizzato raccordo con i servizi extra-ospedalieri, un contatto ripetuto reparto-paziente-medico generalista dopo la dimissione²²⁵.

2) Nell'Ospedale

- a. Delega al Dipartimento della *governance* clinica, ossia dei poteri e delle responsabilità della *performance* clinica (intesa sia come quantità e tipo di prestazioni sia come qualità degli *outcomes*), dell'efficienza ed appropriatezza e dell'aggiornamento misurabile del personale a fronte di adeguate risorse.
- b. Prevenzione degli errori sanitari riferita a pochi ambiti: farmaci pericolosi, check list chirurgica, prevenzione delle trombosi venose profonde in tutti i pazienti ricoverati, prevenzione delle infezioni dei cateteri centrali¹⁹³ e di quelle post-chirurgiche.

3) Nelle ASL

Creazione di reti integrate a decrescente intensità di cura (Ospedale, Istituti di Riabilitazione, RSA, UTAP, domicilio, UTAP per la cura degli anziani fragili). Ogni rete diverrebbe un'azienda e potrebbe competere con altre reti sul valore di salute dei pazienti trattati^{10,179}.

In coda alle suddette proposte, che mi sembrano fattibili e da subito realizzabili, mi sia consentito uno spazio di utopia con la proposta di considerare altre due iniziative a livello regionale e nazionale.

- 1. A livello regionale.** Creare una *holding* delle Aziende sanitarie per l'organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria e sociale della Regione. La Giunta Regionale dovrebbe limitarsi al solo e suo proprio

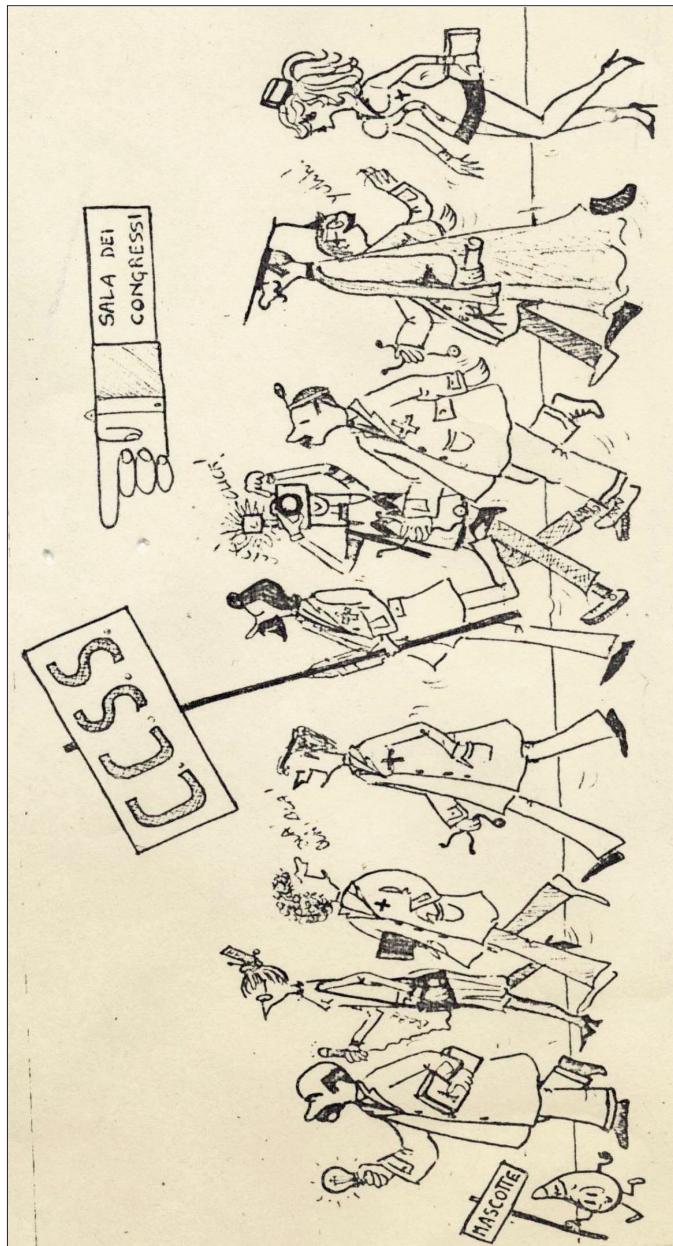
ruolo di programmazione e controllo sul sistema e di nomina della maggioranza dei componenti del Consiglio di Amministrazione della *holding* (possibilmente composto da esperti), senza interferire con la gestione quotidiana della sanità e dell'assistenza sociale, come oggi avviene. La misura dei risultati con le relative considerazioni e valutazioni dovrebbe essere lasciata ad un organismo terzo indipendente, che potrebbe anche avanzare alla *holding* proposte di miglioramento e suggerire alla Giunta Regionale utili elementi per la definizione dei Piani Sanitari Regionali. Questa proposta si ispira a quella avanzata nel Regno Unito dalla *British Medical Association* e dall'opinione pubblica, e condivisa dal nuovo Governo liberal-conservatore²²⁶.

2. **A livello dello Stato.** Riportare in capo al Ministero della Salute la piena ed esclusiva responsabilità della prevenzione e delle misure di salute pubblica, dotandolo di un apposito fondo distinto dal fondo sanitario delle Regioni (riservato alla organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociali alla persona), senza ulteriori oneri a carico del bilancio statale. Nessun miglioramento potrà tuttavia essere ottenuto se non si ridarà ai medici un ruolo primario nella sanità e non si investirà nella loro motivazione. Solo un medico soddisfatto può migliorare il Servizio Sanitario Nazionale.

Chi deve disegnare, avviare, gestire il cambiamento

Sarebbe auspicabile che fossero i medici il motore del cambiamento, ma sorge a questo punto la domanda se i medici italiani siano pronti a disegnare e sostenere il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

La Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche (FISM), nata negli anni '80 come CCSS (Comitato di



Il nostro entusiasmo per il CCSS visto dall'umorista Elisabetta Cavalli

Collaborazione fra Società Medico-Scientifiche) per riunire i medici specialisti italiani e dar loro voce per integrare con le Istituzioni, non è riuscita nel suo intento. Peraltro molti sono convinti che basterebbe un gruppo limitato di medici illuminati per cambiare le cose, come avvenne nel 1985 quando il cosiddetto Manifesto Bianco, redatto dall'autore con altri 5 clinici di Milano, raccolse il consenso di centinaia di preminenti medici italiani e gettò le basi per la Riforma Sanitaria del 1992.

“Never doubt that a small group
of thoughtful, committed citizens
can change the world;
indeed, it's the only thing that ever has”

Margaret Mead (1901-1978)

Importante è che non scatti, almeno nei giovani, la filosofia del "**Non è compito mio**"

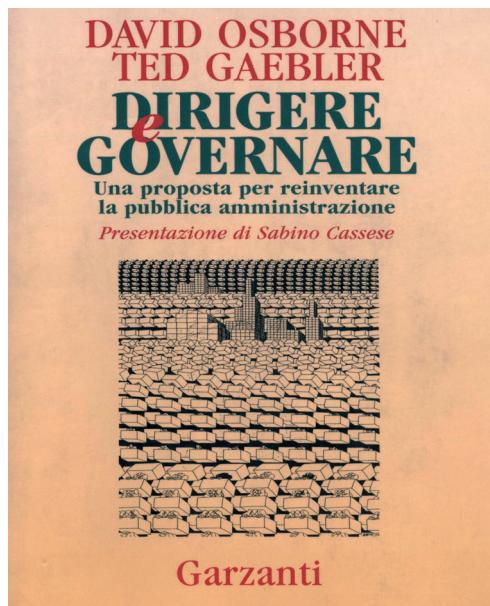
Non è compito mio

Dice una antica storia che...

C'erano quattro persone chiamate
OGNUNO, QUALCUNO, CIASCUNO e NESSUNO.
C'era un lavoro importante da fare e
OGNUNO era sicuro che
QUALCUNO l'avrebbe fatto.
CIASCUNO avrebbe potuto farlo ma
NESSUNO lo fece.
Finì che CIASCUNO incalpì QUALCUNO
Perché NESSUNO fece ciò
che OGNUNO avrebbe potuto fare

Quale metodologia utilizzare per cambiare

Si potrebbe cominciare a progettare il cambiamento seguendo il modello di *Reinventing Government*²²⁷.



Questo modello è stato fautore della trasformazione della Pubblica Amministrazione statunitense da burocratica in imprenditoriale. I principi della amministrazione imprenditoriale sono di seguito elencati:

- favorire la concorrenza tra fornitori;
- conferire potere ai cittadini trasferendo loro la funzione di controllo;
- misurare le *performance* sui risultati;
- muoversi sugli obiettivi non sulle regole;
- offrire possibilità di scelta ai clienti nella scuola, nella casa, in sanità;
- prevenire i problemi;
- impegnarsi a guadagnare e non solo a spendere;

- decentrare l'autorità (gestione partecipata);
- preferire i meccanismi di mercato purchè non distorto;
- mobilitare tutti i settori (pubblico, privato, terzo settore) per risolvere i problemi²²⁷.

Questi principi hanno avuto un forte sostenitore nel Vice-Presidente degli Stati Uniti Al Gore che, il 7 settembre 1993, ha presentato un rapporto storico sulla pubblica amministrazione e sui modi per migliorarne la *performance*²²⁸.

Per redigere il rapporto, 250 persone esperte in varie discipline hanno lavorato 6 mesi a censire e valutare ogni genere di proposta, scegliendone alcune tra le 1200 presentate e redigendo un rapporto propositivo con quattro tipi di intervento:

- semplificare le strutture e le procedure burocratiche;
- dare voce ai consumatori mediante la competizione tra strutture pubbliche (ad esempio le scuole, le reti integrate in sanità, ecc.);
- dare agli amministratori pubblici autonomia (il binomio poteri-responsabilità);
- ridurre i costi tramite l'aumento di produttività e attività imprenditoriale delle strutture pubbliche.

Il rapporto di Al Gore ha avuto un seguito con l'istituzione di un apposito ufficio denominato *National Performance Review* presso la Presidenza degli USA, che controlla la coerenza dei risultati con gli obiettivi prescelti. Il modello ha dato risultati positivi anche perché tecnici esperti dei vari settori e Istituzioni hanno svolto un'azione sinergica. Forse è un modello che potrebbe funzionare anche per la sanità italiana.

Capitolo 9

CONSIDERAZIONI FINALI

Si stanno affermando modi nuovi di fare medicina e sanità, e a questi dobbiamo guardare per dare al Paese un Servizio Sanitario Nazionale che ci assicuri una qualità di vita sempre migliore ad un costo sostenibile.

The National Health Service must now transform itself from a service that not only diagnoses and treats sickness but also predicts and prevents it²²⁹

La medicina di oggi è prevalentemente di tipo reattivo, cioè predisposta per trattare singoli episodi di malattia quando questi si presentano. Il suo rapporto qualità/prezzo (ossia il rapporto tra miglioramento della salute e costo) è basso ed i correttivi tradizionalmente utilizzati per migliorarlo poco efficaci.

È necessario avvicinarsi da un lato alla medicina integrativa, per l'assistenza agli anziani e la cura delle malattie croniche¹³³, e dall'altro, per tutte le altre età, alla medicina prospettiva personalizzata basata sui piani individuali di salute²³⁰.

Il piano di salute individuale poggia sull'evidenza che il patrimonio genetico di ogni persona determina un rischio di base per certe malattie su cui influiscono fattori ambientali e comportamentali che ne ritardano o

accelerano la comparsa²³⁰. Pertanto esso passa attraverso due processi fondamentali:

- a. evidenziare i fattori di rischio
- b. definire con il paziente un percorso condiviso di prevenzione e cura²³⁰.

I cambiamenti della medicina presuppongono necessariamente dei cambiamenti di tipo organizzativo-gestionale. In particolare vanno riconsiderati i seguenti punti:

1. il peso da attribuire alla salute pubblica e le risorse impiegate per questo settore;
 2. la promozione della salute e la prevenzione primaria e secondaria;
 3. l'integrazione dentro e fuori l'Ospedale;
 4. la misura della qualità dei servizi sanitari e la cultura del miglioramento continuo;
 5. l'assistenza agli anziani e ai cronici;
 6. la riorganizzazione della medicina territoriale comprese le Case della Salute;
 7. il confronto tra le Regioni per quanto attiene ai servizi sanitari erogati (quantità e qualità) e ai loro costi;
 8. la necessità di rendere la sanità più indipendente dalla politica;
 9. il ruolo dei medici ed i loro rapporti con gli amministratori;
 10. la necessità di investire sulla motivazione e la preparazione del personale sanitario e soprattutto dei medici.
- Ognuno di tali temi va affrontato con metodo scientifico, pochi per volta, con un piano strategico di lungo termine e la periodica valutazione dei risultati e dei costi fatta da una parte terza indipendente²³¹.

Cambiare è difficile, ma è possibile, come abbiamo cercato di dimostrare in questa pubblicazione. Il Sistema Sanitario è complesso e vi operano diversi attori. Forse la raccomandazione basilare è che ognuno di questi ricopra il proprio ruolo (e solo questo) con competenza, onestà e spirito di servizio e comprenda a fondo, rispet-

tandole, le competenze, le necessità e le aspirazioni di tutti gli interessi in gioco.

Il Servizio Sanitario Nazionale deve conciliare tre diverse esigenze:

- eccellenza clinica (l'obiettivo dei professionisti sanitari);
- efficiente ed economico uso delle risorse (l'obiettivo dei *manager*);
- accesso ai servizi sanitari facile e il più possibile vicino a casa, cure di qualità, trattamento premuroso (l'aspirazione del pubblico).

Per quanto riguarda i medici, questi devono ricordare che la pratica della medicina è una miscela di scienza, affari, politica, industria, desiderio di soddisfare le aspettative del paziente e dargli salute²³². Oggi essere un buon medico implica più della capacità clinica: bisogna che questa si integri con la capacità di lavorare in gruppo, di comunicare con i colleghi, di migliorare i servizi sanitari, di conoscere e rispettare le regole della buona amministrazione.

Alcuni ambiti ove i medici potrebbero determinare un sensibile miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale sono:

- a. miglior controllo delle malattie croniche;
- b. coinvolgimento di tutta la popolazione nei programmi di prevenzione e promozione della salute;
- c. prescrizione delle sole cure di dimostrata efficacia;
- d. misura della qualità delle prestazioni erogate e suo miglioramento continuo²³³.

Per quanto riguarda i manager, essi devono ricordare che la cura medica è diversa da un rapporto commerciale e non è soggetta alla "mano invisibile" del mercato perché:

- il rapporto medico-paziente è complesso;
- gli *outcomes* della cura sono spesso imprevedibili;
- l'informazione e la conoscenza sono asimmetriche;
- i malati sono vulnerabili¹⁴¹.

Ecco perché è necessaria grande prudenza quando si importano in sanità concetti che sono propri dell'economia di mercato.

Per quanto attiene alla politica, è indispensabile che essa capisca le cause della insufficiente qualità del Servizio Sanitario Nazionale e affronti i singoli aspetti della qualità e dell'efficienza dalla base (ossia da chi opera nel quotidiano), con una ripresa del ruolo del medico oggi marginalizzato, con una strategia di miglioramento a piccoli passi, evitando inutili e pericolose decisioni di vertice e "riforme" dei sistemi, spesso utopiche, mal studiate e mal gestite.

La salute non è solo compito della medicina ma un obiettivo di tutta la società e quindi anche della politica, che deve ricordare che per avere individui sani ci vuole una società sana. La politica ha tre obblighi in sanità:

- massimizzare l'efficienza dei servizi sanitari;
- investire quanto più possibile per conseguire gli obiettivi di salute della popolazione;
- assicurare un'equa allogazione delle risorse²³⁴.

E dovrebbe evitare tre difetti:

- l'ignoranza delle esperienze altrui;
- l'improvvisazione;
- le "riforme" intese come grandi e repentini cambiamenti senza una accurata valutazione preventiva dei vantaggi e degli svantaggi che possono derivarne e senza piani puntuali di attuazione e di verifica²³⁵.

Al punto in cui siamo, mantenere lo *status quo* è contrario all'interesse dei pazienti, dei medici e della finanza pubblica²³⁶.

We are killing people by not acting²³⁷

BIBLIOGRAFIA

1. **Mirvis DM, Bloom DE** - *Population health and economic development in the US*
JAMA **300**, 93-95, 2008
2. **Hunter DJ, Richards T** - *Health and wealth in Europe*
BMJ **336**, 1390, 2008
3. **Cohen JJ, Cruess S, Davidson C** - *Alliance between Society and Medicine*
JAMA **298**, 670-73, 2007
4. **Butler RN, Miller RA, Perry D et al** - *New model of health promotion and disease prevention for the 21st century*
BMJ **337**, 149-50, 2008
5. **Farrelly C** - *Has the time come to take on time itself?*
BMJ **337**, 147-48, 2008
6. **McKoll K** - *New York's road to health*
BMJ **337**, 142-44, 2008
7. **Baron JR, Cassel CK** - *21st century primary care*
JAMA **299**, 1595-97, 2008
8. **Reiselbach RE, Crouse BJ, Frohna JG** - *Teaching Primary Care in Community Health Centers: Addressing the Workforce Crisis for the Underserved*
Ann Intern Med **152**, 118-22, 2010
9. **Kendrick T** - *How about a career in academic general practice?*
BMJ Careers, 9 July 2008
10. **Ham C** - *Competition and integration in the English National Health System*
BMJ **336**, 805-7, 2008
11. **Alakeson V** - *Let patients control the purse strings*
BMJ **336**, 807-09, 2008
12. **Campari M** - *La variabilità dei consumi.* In: Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza
Edizioni ETS s.r.l., Pisa, N. 164, 2007
13. **Major S** - NHS publishes survival rates for common operations for individual hospitals
BMJ **337**, a803, 2008

14. **Neumann P, Tunis SE** - Medicare and medical technology. *The growing demand for relevant outcomes*
N Engl J Med **362**, 377-79, 2010
15. **Dienstag JL** - Relevance and rigor in premedical education
N Engl J Med **359**, 221-24, 2008
16. **Eaton L** - Education's going soft
BMJ Careers, 19 July 2008, p 17
17. **Powis D** - Improving the selection of medical students
BMJ **340**, 432-33, 2010
18. **James D, Yates J, Nicholson S** - Comparison of A level and UKCAT performance in students applying to UK medical and dental schools in 2006: cohort study
BMJ **340**, c478, 2010
19. **Davies E** - Personality profiles
BMJ Careers, 6 March 2010, p 69
20. **White C** - Prescribed personalities
BMJ Careers, 6 March 2010, pp 71-72
21. **Reed DA**, West CP, Mueller PS et al - Behaviors of Highly Professional Resident Physicians
JAMA **300**(11), 1326-33, 2008
22. **Reed DA**, West CP, Beckman TJ - Measuring Professionalism in Resident Physicians Reply
JAMA **301**(7), 723-24, 2009
23. **Kroenke K** - Unburdening the difficult clinical encounter
Arch Intern Med **169**, 333-34, 2009
24. **Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA** - Physician wellness: a missing quality indicator
Lancet **374**, 1714-21, 2009
25. **Borysiewicz LK** - Prevention is better than cure
Lancet **375**, 513-23, 2010
26. **World Health Organization** - Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part1.pdf
27. **Woolf SH** - The power of prevention and what it requires
JAMA **299**, 2437-39, 2008
28. **Hays JT, Ebbert JO** - Varenicline for tobacco dependence
N Engl J Med **359**, 2018-24, 2008

29. **US Department of Health and Human Services** - *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, 2004
30. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**
Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost and economic costs - United States 1995-1999
MMWR 51, 300-3, 2002
31. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**
Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 2000-2004
MMWR 57, 1226-28, 2008
32. **Rabinoff M, Caskey N, Rissling A, Park C** -
Pharmacological and Chemical Effects of Cigarette Additives
Am J Public Health 97, 1981-91, 2007
33. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** -
Exposure to secondhand smoke among students aged 13-15 years - Worldwide, 2000-2007
MMWR 56(20), 497-500, 2007
34. **Wallace LA, Mitchell H, O'Connor GT et al** - *Particle concentrations in inner-city homes of children with asthma: the effect of smoking, cooking, and outdoor pollution*
Environ Health Perspect 111, 1265-72, 2003
35. **Dominici F, Peng RD, Bell ML et al** - *Fine Particulate Air Pollution and Hospital Admission for Cardiovascular and Respiratory Diseases*
JAMA 295, 1127-34 2006
36. **Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo Alcol e Drogena (OSSFAD)** - *Rapporto sul fumo in Italia 2010, Roma, 2010*
37. **National Consumer Council** - *It's Our Health. Realising the potential of effective social marketing*
www.ncc.org.uk/social-mktg.pdf
Ripreso da BMJ 333, 10, 2006
38. **Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF et al**- *Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reaction of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards*
Proc Natl Acad Sci USA 107(15), 6576-81, 2010

39. Matt GE, Quintana JE, Hovell MF *et al* - Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures
Tob Control 13, 29-37, 2004
40. World Health Organization - WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments
41. Barnoya J, Glantz SA - Cardiovascular effects of second hand smoke: nearly as large as smoking
Circulation 111, 2684-98, 2005
42. Meyer DG, Neuberger JS, Jianghua HE - Cardiovascular effect of bans on smoking in public places. A systematic review and meta-analysis
J Am Coll Cardiol 54, 1249-55, 2009
43. Pell JP, Haw S, Cobbe S *et al* - Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome
N Engl J Med 359, 482-91, 2008
44. Schroeder SA - Public smoking bans are good for the heart
J Am Coll Cardiol 54, 1256-57, 2009
45. Eisner MD - Banning Smoking in Public Places: Time to Clear the Air
JAMA 296, 1778-9, 2006
46. Duncon E - www.rcpe.ac.uk/Whats-New/archive/2009/09-09.php
47. French J, Blair-Stevens C - Social Marketing pocket guide.
Natl Social Marketing Centre of Excellence, London 2005
48. Kotler P, Lee NR - Social marketing. Influencing behaviors for good
Sage Publications Inc, Los Angeles, 2008
49. Opel DJ, Diekema DS, Lee NR, Marcuse EK - Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization Rates
Arch Pediatr Adolesc Med 163, 432-36, 2009
50. Christakis NA - What networks can teach us about drug use
BMJ 336, 420, 2008
51. Pringle H, Thompson M - Brand spirit. Wiley, Chichester, 1999
52. Bocchi G - "Un secolo in fumo" - Tesi di laurea non pubblicata, 2004

53. **CDC** - *Cigarette use among high school students* - United States, 1991-2005
MMWR 55, 724-26, 2006
54. **Chapman S, MacKenzie R** - *The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences*
PLoS Med 7(2), 1-6, 2010
55. **Anderson P, Baumberg B** - *Alcohol in Europe* -
A public health perspective - A report for the European Commission
Institute of Alcohol Studies, UK, June 2006
56. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)** of the National Institutes of Health - *Helping patients who drink too much*. A clinician's guide, 2007
57. **O'Brien CP** - *The CAGE questionnaire for detection of alcoholism*
JAMA 300, 2054-56, 2008
58. **Califano JA** - *Should drugs be decriminalised?* No
BMJ 335, 967, 2007
59. **Lean M, Gruer L, Alberti G, Sattar N** - *ABC of obesity. Obesity-can we turn the tide?*
BMJ 333, 1261, 2006
60. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)** - *Management of obesity*, Edinburgh, 2010
61. **Peto R, Whitlock G, Jha P et al** - *Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy*
N Engl J Med 362, 855-56, 2010
62. **Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR et al** - *Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004*
JAMA 295, 1549-55, 2006
63. **Gostin LO** - *Law as a tool to facilitate healthier lifestyles and prevent obesity*
JAMA, 297(1), 87-90, 2007
64. **Blumenthal K, Volpp KG** - *Enhancing the effectiveness of food labeling in restaurants*
JAMA 303, 553-54, 2010
65. **French SA, Story M, Jeffery RW** - *Environmental influences on eating and physical activity*
Annu Rev Public Health 22, 309-35, 2001

66. **Sullivan EL, Grove KL** - *Metabolic imprinting in obesity*
Forum Nutr **63**, 186-94, 2010
67. **Rhodes ET, Ludwig DS** - *Childhood Obesity as a Chronic Disease: Keeping the Weight Off*
JAMA **298**(14), 1695-96, 2007
68. **Let's Move Campaign** www.letsmove.gov
69. **Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC)**
DGAC Report: Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans
www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/ report
70. **Fulton JE, Simons-Morton DG, Galuska DA** - *Physical Activity: an investment that pays multiple health dividends: comment*
Arch Intern Med **169**(22), 2124-27, 2009
71. **2008 Physical Activity Guidelines for Americans** - US Dept of Health and Human Services, 2009
www.health.gov/panguidelines
72. **Task Force on Community Preventive Services** - *Recommendations to Increase Physical Activity in Communities*
Am J Prev Med **22**(4S), 67-72, 2002
73. **Mills NL, Tornqvist H, Gonzalez MC et al** - *Ischemic and Thrombotic Effects of Dilute Diesel-Exhaust Inhalation in Men with Coronary Heart Disease*
N Engl J Med **357**, 1075-82, 2007
74. **Wharam JF, Sulmasy D** - *Improving the Quality of Health Care - Who is Responsible for What?*
JAMA **301**, 215-17, 2009
75. **Avorn J** - *Coagulation and adulteration - Building on science and policy lessons from 1905*
N Engl J Med **358**, 2429-31, 2008
76. **von Mises L** - *Lo Stato onnipotente*
Rusconi, Milano, 1995, p 75
77. **Huang TTK, Glass TA** - *Transforming research strategies for understanding and preventing obesity*
JAMA **300**, 1811-93, 2008
78. **Roger VL** - *Lifestyle and cardiovascular health. Individual and societal choices*
JAMA **302**, 437-39, 2009

79. **Health I** - *A Tribute to George Godben*
BMJ **339**, 1340, 2009
80. **Brownell KD, Frieden TR** - *Ounces of prevention. The public policy case for taxes on sugared beverages*
N Engl J Med **360**, 1805-08, 2009
81. **McColl K** - *Fat taxes and the financial crisis*
Lancet **373**, 797-98, 2009
82. **Roehr B** - *Taxing junk food reduces consumption and improves health outcomes, finds 20 year study*
BMJ **340**, 557, 2010
83. **Brownell KD, Farley T, Willett WC et al** - *The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages*
N Engl J Med **361**, 1599-05, 2009
84. **Scottish health action on alcohol problems (SHAAP)**
[ww.shaap.org.uk/pages/112.minimumpricingforalcohol.html](http://www.shaap.org.uk/pages/112.minimumpricingforalcohol.html)
85. **Popkin B** - *Reducing meat consumption has multiple benefits for the world's health*
Arch Intern Med **169**, 543-545, 2009
86. **Roehr B** - *Commission will look at non-medical ways to improve health of all Americans*
BMJ **336**, 528-29, 2008
87. **The Lancet** - *The uncapped health crusader of New York City*
Lancet **375**, 254, 2010
88. **Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG et al** - *Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease*
N Engl J Med **362**, 590-99, 2010
89. **Appel LJ, Anderson CAM** - *Compelling evidence for public health action to reduce salt intake*
N Engl J Med **362**, 650-51, 2010
90. **Joossens L, Raw M** - *Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007*
http://www.ensp.org/files/30_european_countries_text_final.pdf (accessed January 25, 2009)

91. **Katz MH** - *Structural interventions for addressing chronic health problems*
JAMA **302**, 683-85, 2009
92. **Marteau TM, Oliver A, Ashcroft RE** - *Changing behaviour through state intervention*
BMJ **338**, 121-22, 2009
93. **Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR et al** - *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*
N Engl J Med **358**, 2468-81, 2008
94. **Berkman L, Epstein AM** - *Beyond health care - Socio-economic status and health*
N Engl J Med **358**, 2509-10, 2008
95. **Lee JW** - *Public health is a social issue*
Lancet **365**, 1005-6, 2005
96. **Irwin A, Valentine N, Brown C et al** - *The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities*
Plos Med **3**(6), e106, 2006
97. **Connolly C** - *How we got here - In landmark, the inside story of America's new health-care law and what it means for us all* - Public Affairs, New York, 2010
98. **Soros G** - "La Società Aperta". Ponte alle Grazie, Milano, 2001, p 222
99. **Oeppen J, Vaupel JW** - *Broken limits to life expectancy.*
Science **296**, 1029-31, 2002
100. **Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW** - *Ageing populations: the challenges ahead*
Lancet **374**, 1196-1208, 2009
101. **Landefeld CS, Winker MA, Chernof B** - *Clinical Care in the Aging Century - Announcing "Care of the Aging Patient: from Evidence to Action"*
JAMA **302**, 2703-04, 2009
102. **Winker MA, De Angelis CD** - *Caring for an Aging Population.* JAMA **303**, 455-56, 2010
103. **Oliver D** - *Age based discrimination in health and social care services*
BMJ **339**, 643-44, 2009

104. **Martin R, Williams C, O'Neill D** - *Retrospective analysis of attitudes to ageing in the Economist: apocalyptic demography for opinion formers?*
BMJ **339**, 1435-37, 2009
105. **Fried LP, Tangen M, Walston J et al** - *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype*
J Gerontol **56A**(3), M146-56, 2001
106. **Anderson G** - *Chronic conditions: making the case for ongoing care.* Baltimore: Johns Hopkins University, November 2007 (accessed September 24, 2009, at http://www.fightchronicdisease.com/news/pfcd/documents/ChronicCareChartbook_FINAL.pdf)
107. **Bodenheimer T, Berry-Millet R** - *Follow the money. Controlling expenditures by improving care for patients needing costly services*
N Engl J Med **361**, 1521-23, 2009
108. **Vaupel JW, Loichinger E** - *Redistributing work in aging Europe*
Science **312**, 1911-13, 2006
109. **Doyle Y** - *Meeting the challenge of population ageing*
BMJ **339**, 892-94, 2009
110. **Joint principles of the patient-centered medical home.**
Washington, DC: American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians and American Osteopathic Association, 2007.
111. **Lipton HL** - *Home is where the health is: advancing team-based in chronic disease management*
Arch Intern Med **169**, 1945-48, 2009
112. **Porter ME, Olmsted Teisberg E** - *How physicians can change the future of health care*
JAMA **297**, 1103-11, 2007
113. **Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, Editors; Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine** - *Primary Care: America's Health in a New Era*
Natl Acad Press, Washington DC, 1996
114. **Cutler DM, Everett W** - *Thinking outside the pillbox. Medication adherence as a priority for health care reform*
N Engl J Med **362**, 1553-55, 2010

115. **Feeachem RGA, Sekhri NK, White KL** - *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*
BMJ **324**, 135-41, 2002
116. **Friedrich MJ** - *Programs bring care to homebound seniors*
JAMA **299**, 2618-19, 2008
117. **Orie S - Home Delivery** - *Bringing primary care to the housebound elderly*
N Engl J Med **359**, 2409-12, 2008
118. **Leff B, Burton L, Mader SL et al** - *Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients*
Ann Intern Med **143**(11), 798-808, 2005
119. **Voelker R** - *IOM: focus on care for aging population*
JAMA **299**(22), 2611-13, 2008
120. **Victor CR** - *The future of social care in England*
BMJ **339**, 708, 2009
121. **Michel JP, Newton JL, Kirkwood TBL** - *Medical challenges of improving the quality of a longer life*
JAMA **299**, 688-90, 2008
122. **Kirkwood TB** - *Understanding the odd science of aging*
Cell **120**, 437-47, 2005
123. **Hoeijmakers JHJ** - *DNA damage, ageing and cancer*
N Engl J Med **361**, 1475-85, 2009
124. **Lindahl T** - *Instability and decay of the primary structure of DNA*
Nature **362**, 709-15, 1993
125. **Niederhuber JE** - *Translating discovery to patient care*
JAMA **303**, 1088-89, 2010
126. **Hotchkiss RS, Strasser A, McDunn JE, Swanson PE** - *Cell Death*
N Engl J Med **361**, 1570-83, 2009
127. **Kapahi P, Vijg J** - *Aging - lost in translation?*
N Engl J Med **361**, 2669-70, 2009
128. **Ford ES, Bergman MM, Kroger J et al** - *Healthy living is the best revenge. Findings from the EPIC - Potsdam study*
Arch Intern Med **169**, 1355-62, 2009.

129. **Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL** - *Actual Causes of Death in the United States, 2000*
JAMA **291**, 1238-45, 2004
130. **Milani RV, Lavie CJ** - *Reducing psychosocial stress: a novel mechanism of improving survival from exercise training*
Am J Med **122**, 931-38, 2009
131. **Plutarco** - *Se un vecchio debba far politica*
18, c - BUR, Milano, 1995, p 273
132. **Cheyne G** - *An essay of health and long life*
London, 1724 (Libreria del Royal College of Physicians di Edimburgo)
133. **MacPherson H, Peters D, Zollman C** - *Closing the evidence gap in integrative medicine*
BMJ **339**, b3335, 2009
134. **Schroeder SA** - *We can do better - Improving the health of the American people*
N Engl J Med **357**, 1221-28, 2007
135. **Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D** - *The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease*
Circulation **118**, 576-85, 2008
136. **Institute of Medicine definition of quality**
www.iom.edu/cms/8099.aspx
137. **Wharam JF, Paasche-Orlow MK, Farber NJ et al** - *High Quality Care and Ethical Pay-for-Performance: A Society of General Internal Medicine Policy Analysis*
J Gen Intern Med **24**(7), 854-59, 2009
138. **Shaw K, Cassel CK, Black C, Levinson W** - *Shared medical regulation in a time of increasing calls for accountability and transparency*
JAMA **302**, 2008-14, 2009
139. **Royal College of Physicians** - *Doctors in society: medical professionalism in a changing world: main report*. London RCP, 2005
140. **Godlee F** - *Understanding the role of the doctor*
BMJ **337**, 1425-26, 2008
141. **Berenson RA, Cassel CK** - *Consumer-driven health care may not be what patients need - caveat emptor*
JAMA **301**, 321-23, 2009

142. **Montori VM, Guyatt GH** - *Progress in evidence-based medicine*
JAMA **300**(15), 1814-16, 2008
143. **Keirns CC, Gold SD** - *Patient-Centered care and Preference-sensitive decision making*
JAMA **302**, 1805-06, 2009
144. **Stephenson J** - *Getting down to business*
BMJ **339**, 1970-71, 2009
145. **Clark J, Armit K** - *Leadership and the curriculum*
BMJ Careers, 5 February 2009, pp 41-42
146. **Lilford R, Provonost P** - *Using hospital mortality rates to judge hospital performance: a bad idea that just won't go away*
BMJ **340**, 955-57, 2010
147. **Baba-Akbari Sari A, Sheldon TA, Cracknell A et al** - *Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital*
Qual Saf Health Care **16**, 434-39, 2007
148. **Brenner DJ, Hall EJ** - *Computer tomography. An increasing risk of radiation exposure*
N Engl J Med **357**, 2277-84, 2007
149. **Weiss R** - *Health Affairs Blog*
<http://healthaffairs.org/blog/2008/09/18/the-case-for-personalized-medicine/>
150. **Iglehart JK** - *Finding Money for Health Care Reform - Rooting Out Waste, Fraud, and Abuse*
N Engl J Med **361**, 229, 2009
151. **Conway PH, Clancy C** - *Transformation of health care at the front line*
JAMA **301**, 763-65, 2009
152. **Noble I** - *Are national qualifying examinations a fair way to rank medical students?*
BMJ **337**, 546-47, 2008
153. **Cairns H, Hendry B, Leather A, Moxham J** - *Outcomes of the European working time Directive. From 56 to 48 hours is a step too far*
BMJ **337**, 421-22, 2008
154. **Batalden P, Davidoff F** - *Teaching quality improvement - The devil is in the details*
JAMA **298**, 1059-61, 2007

155. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) - *Outcome Project - General Competencies*
www.acgme.org/outcome/comp/compMin.asp, 2008
156. Kven BM - IOM: *improve clinician CME system*
JAMA **303**, 716, 2010
157. Aujayeb A - *The e-portfolio*
BMJ Careers, 19 July 2008, p 19
158. Peh WCG, Ng KH - *Why Write?*
Singapore Med J **49**(6), 443-4, 2008
159. Teunissen PW, Dornan T - *Lifelong learning at work*
BMJ **336**, 667-69, 2008
160. General Medical Council - *Revalidation: the way ahead*
BMJ Careers, 13 March 2010, pp 82-84
161. Campbell EG, Rosenthal M - *Reform of continuing medical education.*
JAMA **302**, 1807-08, 2009
162. Grol R, Gibbons R, Antman EM, Smith SC - *Has guideline development gone astray?*
BMJ **340**, 394-95, 2010
163. Sniderman AD, Furberg CD - *Why guideline-making requires reform*
JAMA **301**, 429-31, 2009
164. Greenhalgh T - *Role of routines in collaborative work in health care organization*
BMJ **337**, 1269-71, 2008
165. Bodenheimer T - *Coordinating care - A perilous journey through the health care system*
N Engl J Med **358**, 1054-71, 2008
166. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML - *Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity*
BMJ **338**, 911-13, 2009
167. Dixon J, Chantler C, Billings J - *Competition on Outcomes and Physician Leadership are not enough to reform health care*
JAMA **298**, 1445-47, 2007
168. Pronovost PJ, Miller M, Wachter RM - *The GAAP in quality measurement and reporting*
JAMA **298**, 1800-02, 2007

169. **Brook RH** - *Assessing the appropriateness of care. Its time has come*
JAMA **302**, 997-98, 2009
170. **Hawkes N** - *Measuring up the NHS*
BMJ **338**, 505, 2009
171. **Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M** - *Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective*
BMJ **335**, 1021-22, 2007
172. **Vallance-Owen AJ** - *PROMs promote health gain and patient involvement*
BMJ **336**, 344, 2008
173. **Timmins N** - *NHS goes to the Proms*
BMJ **336**, 1464-65, 2008
174. **Garratt A** - *Patient reported outcome measures in trials. Are widely available, but need to be standardised and used appropriately*
BMJ **338**, 119-20, 2009
175. **Masaaki Imai**: "Kaizen. La strategia giapponese del miglioramento" Ed. Il Sole 24 Ore, Milano, 1986
176. **Light DW** - *Will the NHS strategic plan benefit patients?*
BMJ **337**, 210-12, 2008
177. **Liker JK** - *The Toyota Way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer.* McGraw-Hill, New York, 2004
178. **Galgano A, Galgano C** - *Il Sistema Toyota per la Sanità*
Edizioni A. Guerini e Associati, Milano, 2006
179. **Light D, Dixon M** - *Making the NHS more like Kaiser-Permanente*
BMJ **328**, 763-65, 2004
180. **Boat TF, Chao SM, O'Neill PH** - *From waste to value in health care*
JAMA **299**, 568-71, 2008
181. **Dougherty D, Conway PH** - *The "3T's" road map to transform US health care*
JAMA **299**, 2319-21, 2008
182. **Ray Dorsey E, de Roulet J, Thompson JP et al** - *Funding of US Biomedical Research, 2003-2008*
JAMA **303**, 137-43, 2010

183. Davidoff F, Batalden P, Stevens D et al - *Publication guidelines for quality improvement studies in health care: evolution for the SQUIRE project*
BMJ **338**, a3152, 2009
184. Moses III H, Dorsey ER, Matheson DHM, Thier SO - *Financial anatomy of biomedical research*
JAMA **294**, 1333-42, 2005
185. Murphy DJ, Provonost PJ - *Reducing preventable harm.*
Arch Intern Med **170**, 353-55, 2010
186. The Lancet Editorial - *The state of health research worldwide.*
Lancet **372**, 1519, 2008
187. McKee M - *Global research for health*
BMJ **337**, 1249-50, 2008
188. Brook RH - *Possible outcomes of comparative effectiveness research*
JAMA **302**, 194-95, 2009
189. Webster PC - *Comparative effectiveness research stalls in the USA*
Lancet **375**, 361-62, 2010
190. Vanlare JM, Conway PH, Sox HC - *Five Next Steps for a New National Program for Comparative-Effectiveness Research*
N Engl J Med **362**, 970-73, 2010
191. NHS Institute for Innovation and Improvement - *Patient Safety First Campaign*
www.patientsafetyfirst.nhs.uk, 2008
192. Holmboe ES, Lipner R, Greiner A - *Assessing Quality of Care: Knowledge Matters*
JAMA **299**, 338-40, 2008
193. Feinmann J - *Safety first.* BMJ **338**, 380-81, 2009
194. J Gubb - *Have targets done more harm than good in the English NHS?*
BMJ **338**, a3129, 2009
195. Shanafelt TD, Sloan JA, Haberman TM - *The well-being of physicians*
Am J Med **114**, 513-19, 2003
196. Arnetz BB - *Subjective indicators as a gauge for improving organizational well being: an attempt to apply the cognitive activation theory to organizations*
Psychoneuroendocrinology **30**, 1022-26, 2005

197. **Mechanic D** - *Replicating high-quality medical care organizations*
JAMA **303**, 555-56, 2010
198. **Shanafelt TD** - *Enhancing Meaning in Work. A Prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care*
JAMA **302**, 1338-40, 2009
199. **Emanuel EJ, Fuchs VR** - *The perfect storm of overutilization*
JAMA **299**, 2789-91, 2008
200. **Goozner M** - *Covering cancer*
Arch Intern Med **170**, 518-20, 2010
201. **Figueras J et al** - *Health systems, health and wealth. Who European Ministerial Conference on health systems*, Tallin, Estonia, 2008
202. **Reviglio F** - *Sanità senza vincoli di spesa?*
Il Mulino, Bologna, 1999
203. **Elkin EB, Bach PB** - *Cancer's next frontier*
JAMA **303**, 1086-87, 2010
204. **Rosenthal MB** - *Beyond Pay for Performance - Emerging models of Provider - payment reform*
N Engl J Med **359**, 1197-1200, 2008
205. **Fisher ES** - *Building a medical neighborhood for the medical home*
N Engl J Med **359**, 1202-5, 2008
206. **Mirabito AM, Berry LL** - *Lessons that patient-centered medical homes can learn from the mistakes of HMOs*
Ann Intern Med **152**, 182-85, 2010
207. **Bloom DE, Canning D** - *The health and wealth of nations*. Science **287**, 1207-09, 2000
208. **Cook S** - *Experts' guide to saving money in health*
BMJ **340**, 622-24, 2010
209. **Tunis S**. Citato in: Webster PC. *Comparative effectiveness research stalls in the USA*
Lancet **375**, 361-62, 2010
210. **Fuchs VR** - *How to think about future health care spending*
N Engl J Med **362**, 965-67, 2010

211. **Europ Assistance** - *Pan Barometro europeo dei dibattiti principali di salute. Prima Convenzione sulla salute: analisi e gestione*, Chamonix (Francia), 25-26 settembre 2009
212. **CENSIS** - *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, Roma, 16 aprile 2010
213. **Morton A, J Cornwell J** - *What's the difference between a hospital and a bottling factory?*
BMJ **339**, 428-430, 2009
214. **Institute for the Study of Civil Society** - *Civitas Report*
citato in BMJ **339**, 410, 2009
215. **Timmins N** - *Decision to split role of purchaser and provider may "end up in the dustbin"*
BMJ **336**, 979, 2008
216. **Hawkes N** - *Integrated care*
BMJ **338**, b1484, 2009
217. **Luft HS** - *Health Care reform -Toward more freedom and responsibility for physicians*
N Engl J Med **36**, 623-28, 2009
218. **Coombes R** - *So, did Gerry fix it?*
BMJ **335**, 1268, 2007
219. **Ham C** - *The Conservative Party's policies on health*
BMJ **338**, 1342-43, 2009
220. **An NHS Constitution: NHS Values, a Patients' Charter and Greater Independence** available at www.bma.org.uk
221. **Kmietowicz Z** - *BMA: take politics out of NHS*
BMJ **334**, 969, 2007
222. **Cutler DM** - *Will the cost curve bend, even without reform?*
N Engl J Med **361**, 1424-25, 2009
223. **Berwick DM** - A transatlantic review of the NHS at 60
BMJ **337**, 212-14, 2008
224. **McCalister P** - *Practice based small group learning*
BMJ Careers, 20 February 2010, pp 60-61
225. **Jack BW, Chetty VK, Anthony D et al** - *A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: a Randomized Trial*
Ann Intern Med **150**(3), 178-87, 2009
226. **Godlee F** - *A more independent NHS*
BMJ **334**, 957, 2007

227. **Osborne D, Gaebler T** - *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector* - Plume - 1993
228. **Al Gore** - *From Red Tape to Results - Creating a Government that Works Better and Costs Less* - Report of the National Performance Review issued on September 7, 1993
229. **Ham C** - *A high performing NHS? A review of progress 1997-2010.* www.kingsfund.org.uk/publications
230. **Snyderman R, Dinan MA** - *Improving health by taking it personally*
JAMA **303**, 363-4, 2010
231. **Murray CJL, Frenk J** - *Ranking 37th - Measuring the performance of the US health care system*
N Engl J Med **362**, 98-99, 2010
232. **Diamond GA, Kaul S** - *The disconnect between practice guidelines and clinical practice - Stressed out*
JAMA **300**, 1817-19, 2008
233. **Spatz ES, Gross CP** - *Moving reform to the bedside - Involvement of individual physicians*
JAMA **303**, 1305-06, 2010
234. **Warham JF, Sulmasy D** - *Improving the quality of health care - Who is responsible for what?*
JAMA **301**, 215-17, 2009
235. **Delamothe J** - *A fairly happy birthday*
BMJ **337**, 25-29, 2008
236. **Shortell SM** - *Bending the cost curve*
JAMA **302**, 1223-24, 2009
237. **Kirby T** - *Nicola Roxon: Australia's Minister for Health and Aging*
Lancet **374**, 1073, 2009

Appendici

Appendice A

Salute
eTerritorio³⁰⁵

N. 164 - 2007

I livelli essenziali di assistenza

Marco Campari
Senior Advisor,
KPMG Advisory SpA, Milano

La variabilità dei consumi

Siamo assistendo in questi anni alla crescente esigenza di disporre di dati e di metodologie capaci di descrivere quantitativamente gli eventi che caratterizzano la domanda e l'offerta dei servizi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera e territoriale, ivi inclusa l'assistenza domiciliare integrata. La necessità di dare una dimensione quantitativa ai fenomeni sanitari è strettamente collegata all'urgenza di individuare corretti meccanismi di misura e di bilanciamento della qualità e dei costi dell'assistenza erogata, alla ricerca di spazi di inappropriatezza della domanda e di inefficienza nell'erogazione delle prestazioni.

La misura dell'offerta, impostata molti anni fa, è sottoposta ad un processo evolutivo costante per quanto riguarda le metodologie di analisi e la qualità dei dati raccolti. È viceversa iniziata da pochi anni la misura della "domanda soddisfatta" (in seguito DS), intesa come la misura delle varie prestazioni

erogate ai pazienti presso le diverse istituzioni sanitarie pubbliche e private.

L'approccio metodologico che viene proposto nel presente articolo riguarda la misura della DS: esso trova la sua origine nell'ambito della ricerca promossa dal Ministro della salute Prof. Girolamo Sircchia e sviluppata da un gruppo¹ di lavoro creato nell'ambito della Commissione LEA. L'obiettivo della ricerca era quello di individuare gli standard quantitativi minimi di prestazioni² che devono essere erogati alla popolazione assistita per garantire il raggiungimento dei LEA.

Il cammino percorso ha consentito da un lato di approfondire il significato di standard in sanità, e dall'altro di individuare i metodi statistici più adatti alla descrizione dei fenomeni in esame nonché di valutare la variabilità dei risultati ottenuti.

Al termine di tale cammino sono stati elaborati dalla Commissione LEA alcuni punti essenziali, che hanno assunto il significato di "mile-

stones" del lavoro compiuto. Essi sono:

- l'analisi di variabilità condotta prima sui ricoveri ospedalieri e successivamente sulle altre prestazioni sanitarie ha messo in evidenza la grande ampiezza di variazione della DS con la conseguente individuazione di due aree distinte: quella di potenziale inappropriatezza e quella di potenziale inadeguatezza delle prestazioni erogate ai pazienti. Poiché l'interpretazione di questa variabilità è risultata molto complessa, essendo legata ad una molteplicità di fattori di difficile misura, non si è riusciti in questa prima fase, ad individuare i valori da assumere come standard minimi. Si è pertanto convenuto che solo l'applicazione sistematica della metodologia sulle realtà presenti nelle diverse aree sanitarie può con-
- sentire di individuare, con ragionevole approssimazione, quali siano i valori da assumere come standard, in prima approssimazione;
- l'area di potenziale inappropriatezza, nell'ambito di ogni Regione/ASL e per ogni prestazione erogata, risulta essere, in alcuni casi, particolarmente rilevante; in conseguenza di ciò è ragionevole sollecitare l'applicazione concreta della metodologia allo scopo di contenere lo spreco di risorse economiche e migliorare la qualità medica erogata;
- l'area di potenziale inadeguatezza merita di essere ulteriormente approfondita nella sua effettiva estensione poiché, nel caso di alcune procedure, il valore medio calcolato risulta essere più elevato di quello che la buona pratica medica suggerisce a causa

¹ I membri del gruppo di lavoro che hanno contribuito allo sviluppo delle metodologie illustrate nel presente articolo sono: Dott. M. Agnello - Asl Pavia; Prof. C. Cislaggi - Ag. Reg. Toscana; Ing. A. De Negri-Kpmg Advisory Mi; Dott.ssa I. Mastrobuono-Policlinico Tor Vergata Roma; Ing. A. Ottaviani-Kpmg Advisory Mi; Dott. D. Scolozzi-Kpmg Advisory Mi. Si ringraziano inoltre, i referenti del "Mattoni Standard minimi di quantità di prestazioni" per la collaborazione fornita e il patrimonio informativo messo a disposizione.

² Vedi Legge n. 311 del 30/12/2004 art. 1, comma 169.

di una generalizzata inappropriatezza dell'uso di tali procedure. Il valore di riferimento dovrebbe, in tal caso, essere più basso di quello medio, talvolta prossimo allo zero, con conseguente ampliamento della sovrastante area di inappropriatezza;

- l'*analisi longitudinale* dei dati (per singolo assistito) relativi ai ricoveri ospedalieri, alle prestazioni ambulatoriali, farmaceutiche, domiciliari nonché ai ricoveri nelle RSA, limitatamente agli assistiti della Regione Friuli, ha confermato che una quota rilevante della variabilità di questi consumi è associata alla modalità prescrittiva del medico di Medicina generale. Tale variabilità, con relativa inappropriatezza, è concentrata su alcuni medici prescrittori ed è notevolmente più elevata per le prestazioni farmaceutiche ed ambulatoriali che non per i ricoveri ospedalieri per i quali peraltro esiste un livello di inappropriatezza non trascurabile, come risulta dai punti precedentemente illustrati.

Analisi di variabilità dei consumi ospedalieri

Al fine di impostare correttamente il percorso, il gruppo di lavoro ha condiviso le seguenti considerazioni:

- l'analisi di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio è condizione necessaria, anche se non sufficiente, per la definizione di standard, questo anche al fine di individuare le priorità di intervento. Si ritiene infatti che una bassa variabilità

induca una minore necessità di monitoraggio rispetto ad una variabilità più elevata;

- è nota l'estrema difficoltà di stabilire a livello scientifico uno standard operativo con significato clinico certo, essendo molto critico individuare un valore atteso per la frequenza di una determinata prestazione sanitaria, destinata ad una popolazione dai rischi non noti;
- l'analisi è stata sviluppata sulle prestazioni ricevute dal paziente, ovvero sulla DS, a prescindere dall'ambito territoriale dove queste siano state erogate; poiché l'obiettivo dell'analisi è la verifica dell'assistenza ricevuta dal cittadino indipendentemente dalla localizzazione del punto di erogazione;
- si è ritenuto che un indice statistico di "normalità" non potesse essere considerato un "valore normativo" di riferimento. Infatti il valore medio nazionale non può, a priori, essere

ritenuto un valore obiettivo. Nel caso in cui, ad esempio, il valore nazionale derivi esso stesso da sacche di inappropriatezza o inadeguatezza generalizzata, eventuali valori locali distanti da questo potrebbero essere più in linea rispetto ad un valore obiettivo "vero", al momento non definibile.

La metodologia per l'analisi di variabilità è stata applicata in prima istanza sui ricoveri ospedalieri per acuti poiché era disponibile una base dati condivisa e consolidata.

Le due variabili fondamentali che sono state utilizzate sono:

- la popolazione presente nell'"Aggregazione territoriale" (in seguito AT), intesa come dimensione minima territoriale sub regionale per la quale viene analizzata la DS. Le AT corrispondono alle ASL di ogni Regione; fanno eccezione quelle ASL con popolazione inferiore a una soglia critica di 100.000 abitanti per le quali si è proceduto all'aggregazione in un'unica

AT di ASL tra loro limitrofe. Questa variabile è stata posta in ascissa;

- la DS, intesa come quantità di prestazioni ricevute dai cittadini residenti in una AT ovunque esse siano state erogate. Si sottolinea che l'entità della DS di una AT è differente da quella dell'offerta prodotta dalle strutture localizzate nel territorio della AT stessa.
- La DS, essendo l'età una variabile fondamentale per spiegare il consumo di prestazioni, è stata standardizzata per età, al fine di poter confrontare tra loro ambiti territoriali caratterizzati da una differente struttura demografica della popolazione. Viceversa non si è ritenuto di procedere alla standardizzazione per genere perché è risultata sostanzialmente ininfluente sulla variabilità dei consumi delle AT, essendo il genere distribuito in modo quasi uniforme nelle AT stesse.

Tale variabile, DS per 1000 abitanti standardizzata

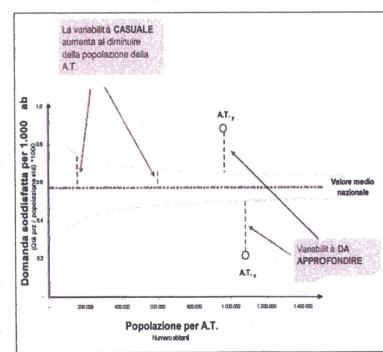


Fig. 1 - Variabilità compatibile e variabilità ulteriore.

per età, è stata posta in ordinata.

Sul piano così definito sono stati posizionati, per ogni AT, i valori della DS relativi ai ricoveri ospedalieri per acuti medici e chirurgici.

Tali ricoveri sono stati caratterizzati da:

- la *diagnosi principale*, riportata nella scheda di dimissione ospedaliera, per i ricoveri medici (dai quali sono stati esclusi i ricoveri in *day hospital*);
- le *procedure di sala operatoria o MPR*, riportati nella scheda di dimissione ospedaliera, per i ricoveri chirurgici.

Diagnosi principali e procedure chirurgiche sono state aggregate sulla base di un criterio di omogeneità clinica, denominato ACC (Aggregati clinici di codici). I codici ACC dei ricoveri medici sono 259, quelli dei ricoveri chirurgici sono 131, per un totale complessivo di 390 codici. La scelta di utilizzare gli ACC e non il sistema DRG è stata motivata essenzialmente dal

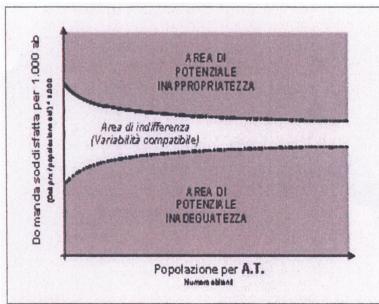


Fig. 2 - Le 3 aree.

fatto che gli ACC sono rappresentativi del contenuto clinico del ricovero e non dell'assorbimento di risorse dello stesso. Inoltre gli ACC sono utilizzati anche a livello internazionale e, pertanto, consentono un utile confronto tra i diversi Paesi.

La mappatura degli ACC ha dato origine a 390 grafici, che presentano una distribuzione spaziale dei punti che necessita di un modello interpretativo.

Si è quindi proceduto alla individuazione di un modello statistico in grado di distin-

guere, come mostrato in Fig. 1, la variabilità collegata alla numerosità della popolazione residente in una AT (variabilità compatibile), da quella dipendente da fenomeni collegabili al rapporto tra la domanda e l'offerta.

Si sono così individuate 3 aree distinte (Fig. 2):

- l'area centrale o area di indifferenza;
- l'area superiore, nella quale si configura un potenziale ambito di inappropriazione;
- un'area inferiore, nella quale si configura un po-

tenziale ambito di inadeguatezza.

Il fenomeno risulta così rappresentato da un grafico di dispersione XY, che è stato definito "Trombetta" per la caratteristica configurazione assunta dall'area di indifferenza.

Il grafico di Fig. 3, relativo allo specifico ACC, "Bypass dell'arteria coronaria (CABG)", mostra quanto possa essere popolata l'area di potenziale inappropriazione ed inadeguatezza, anche nel caso di procedure di grande rilevanza sanitaria.

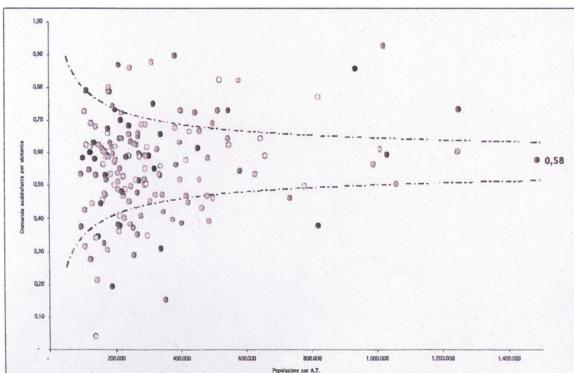


Fig. 3 - Analisi di variabilità della DS - il Bypass dell'arteria coronaria (CABG).

Essendo 390 un numero eccessivamente elevato, si è proceduto a selezionare un numero ridotto di ACC sui quali concentrare, in via prioritaria, l'attenzione, adottando i seguenti criteri:

- elevato impatto economico;
- elevata variabilità della DS.

Dalla selezione sono emersi 48 ACC di procedura chirurgica e 37 ACC di diagnosi mediche.

Per approfondire l'analisi delle variabilità presenti si è ritenuto opportuno coinvolgere esperti del mondo medico scientifico ai quali sono stati illustrati i risultati della metodologia in oggetto.

Con il contributo di tali esperti il gruppo ha elaborato le considerazioni sotto indicate.

- *La variabilità delle diagnosi mediche* è molto diversa tra il Nord ed il Sud d'Italia; il fenomeno potrebbe essere riconducibile a:

- presenza di inappropriata organizzativa, collegata ad un funzionamento carente dell'assistenza territoriale

che induce i pazienti a rivolgersi all'Ospedale;

- presenza di ricoveri brevi al solo scopo diagnostico;
- comportamenti disomogenei in relazione alla codifica delle informazioni nella SDO.

- *La variabilità delle procedure chirurgiche* risulta inferiore a quella presente nelle diagnosi mediche; le determinanti di tali variabilità possono essere numerose e di non facile individuazione. Le principali paiono essere: la diversità della rete di offerta, la presenza o meno di linee guida a livello regionale, la prevalenza ed incidenza delle malattie in determinati ambiti territoriali, il rapporto tra offerta pubblica e privata.

Sulla base delle elaborazioni sopra esposte è stato predisposto un documento di sintesi da mettere a disposizione delle Regioni che riporta, per ogni ACC selezionato, due intervalli di indifferenza, in

funzione della numerosità della popolazione di ciascuna AT, calcolati secondo due diversi criteri:

- il criterio statistico, al fine di eliminare quasi completamente la variabilità casuale;
- il criterio di natura politica, che limita al 20% l'entità della popolazione presente nell'area di potenziale inadeguatezza.

Per aiutare le Regioni nell'analisi della variabilità della DS sia intraregionale sia interregionale, ne è stata proposta la rappresentazione grafica denominata Box Plot (vedi Fig. 4).

Tale grafico riporta:

- sull'asse delle ascisse le Regioni italiane;
- sull'asse delle ordinate sono riportati i seguenti cinque valori delle DS tra quelli presenti nelle AT di ogni Regione: valore minimo, valore corrispondente al primo quartile, valore mediano, valore corrispondente al terzo quartile, valore massimo.

Tale modalità di rappresentazione consente di individuare:

- quali Regioni presentano al proprio interno una variabilità rilevante, che necessita di essere interpretata;
- quali Regioni sono costantemente al di sotto del livello medio nazionale e quali sempre al di sopra.

Gli scostamenti dal livello inferiore e superiore potrebbero essere ricondotti a molteplici cause, tra le quali ad esempio:

- discrepanze tra i dati ufficiali del Ministero della salute e quelli registrati dalle Regioni;
- compresenza di diverse classificazioni regionali della stessa prestazione;
- prevalenza, in alcune Regioni, di percorsi assistenziali diversi da quelli della media italiana;
- presenza, in alcune Regioni, di un "bisogno" significativamente diverso da quello della media italiana, per specifiche prestazioni (caso più raro ma non trascurabile).

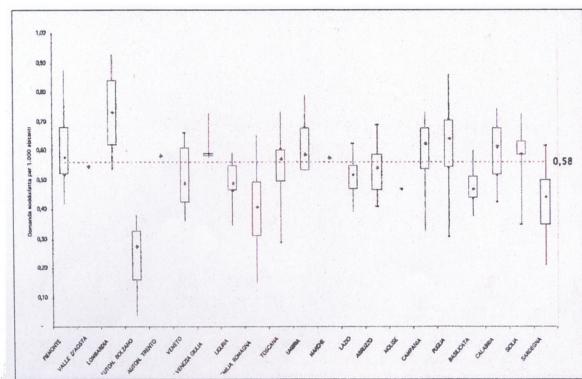


Fig. 4 - Grafico Box Plot -
il Bypass dell'arteria coronaria
(CABG).

L'individuazione delle cause più significative può essere resa possibile solo attraverso un'interazione con le singole Regioni, le quali potranno contribuire ad evidenziare ulteriori fattori di variabilità utili per la comprensione dei fenomeni allo studio.

Tutti i grafici e le tabelle elaborate dalla Commissione LEA sono di prossima pubblicazione nel sito del Ministero della salute.

Analisi di variabilità dei consumi sanitari del singolo cittadino

La banca dati, messa a disposizione dalla Regione Friuli Venezia Giulia, ha consentito di disporre di dati sulla "domanda soddisfatta" di prestazioni sanitarie non solo per tipologia di assistenza ma anche per singolo cittadino. È stato così possibile "individuare il percorso sanitario seguito da un paziente evidenziando le diverse tipologie di assistenza" (vedi Fig. 5).

Per confrontare tra loro i percorsi sanitari dei pazienti è stata sviluppata una metodologia capace di studiare longitudinalmente la storia medica del paziente collegandola sia ai diversi tipi di assistenza a lui erogata, sia al proprio MMG.

Nell'ambito di tale metodologia, il singolo assistito rappresenta l'elemento di lettura trasversale, unitamente al medico di Medicina generale. La metodologia individuata fornisce utili strumenti per lo studio del comportamento dei pazienti e dei MMG; in particolare consente di:

- analizzare i consumi dei singoli assistiti, al fine di

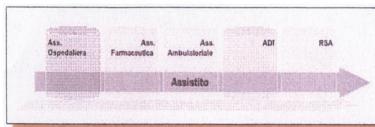


Fig. 5 - Il percorso sanitario del paziente.

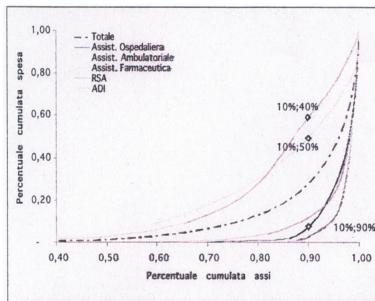


Fig. 6 - Le curve di concentrazione.

individuare "chi consuma", e "cosa viene consumato", al variare della tipologia di assistenza (tramite lo studio delle curve di concentrazione, vedi Fig. 6);

- analizzare la variabilità della DS per assistito, standardizzata per età, e per MMG al fine di valutare la potenziale inappropriatezza/inadeguatezza della DS sia complessiva sia per tipologia di assistenza nonché l'effetto prescrittivo del MMG, pur nella consapevolezza che tale medico non risulta essere l'unico prescrittore/generatore della domanda.

Dallo studio della curva di concentrazione delle diverse tipologie di assistenza sanitaria, emerge che la DS ospedaliera è molto concentrata in una bassa percentuale di popolazione (il 10% degli assistiti genera più del 90% della DS), a differenza di quella

ambulatoriale (10% degli assistiti genera il 50% della DS) e farmaceutica (il 10% degli assistiti genera il 40% della DS). L'utilizzo di tale curva, ai fini di politica sanitaria,

consente di focalizzare il monitoraggio della spesa su quegli ambiti assistenziali che, presentando una minore concentrazione, possono essere associati ad una maggiore potenziale inappropriatezza. Dall'analisi della distribuzione cumulata della DS è emerso inoltre che esiste uno 0,6% della popolazione che presenta una DS pro capite maggiore di 15.000 , per un valore totale pari al 18% della DS complessiva. Tali assistiti sono stati identificati, pertanto, come outliers. Pur consapevoli dell'arbitrarietà della soglia individuata si è ritenuto necessario definire un criterio per isolare quei soggetti il cui consumo di risorse sanitarie non è rappresentativo di un comportamento medio re-

gionale ma di effettive esigenze che richiedono una adeguata risposta sanitaria. Pertanto le analisi descritte nel seguito sono state effettuate al netto degli assistiti outliers.

È stata quindi condotta l'analisi di variabilità della DS, standardizzata per età e genere, per assistito e per MMG con l'obiettivo di distinguere la variabilità casuale, strettamente legata alla numerosità degli assistiti di ciascun MMG, dalla variabilità che merita ulteriori approfondimenti. A tale scopo gli assistiti sono stati aggregati sia con campionamento casuale sia con aggregazione in base al MMG di appartenenza. Se si confrontano tra loro le due diverse aggregazioni, emerge che l'aggregazione degli assistiti per MMG, rispetto all'aggregazione casuale, fa emergere il peso significativo della prescrizione dei singoli medici sulla domanda soddifi-

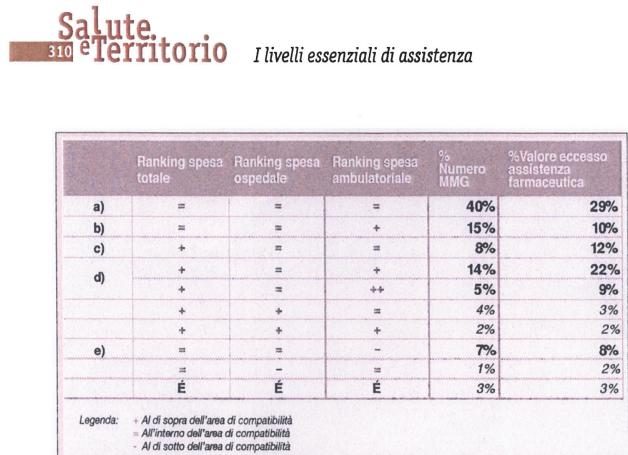


Fig. 7 - Ranking MMG.

sfatta pro capite degli assistiti. Dal confronto dei grafici emerge un effetto rilevante legato al prescrittore: il 19% degli MMG (corrispondente a più di 200.000 assistiti) presenta un valore di DS totale superiore alle soglie di variabilità casuale. Tale valore risulta molto superiore al dato statistico "atteso" del 5%, calcolato sulla pura variabilità statistica.

In particolare, per l'assistenza farmaceutica e per quella ambulatoriale, ben il 39% degli MMG presentano un valore di DS superiore alle soglie di variabilità causale. La variabilità media complessiva del 19% è ottenuta grazie al limitato contributo della variabi-

lità ospedaliera, pari all'8%. Si è proceduto ad un ranking dei MMG in relazione all'inappropriatezza della DS totale e per singola tipologia di assistenza. A titolo di esempio, si riportano i risultati dell'analisi effettuata sugli MMG che presentano un valore della domanda soddisfatta media farmaceutica superiore alla soglia massima compatibile (vedi Fig. 7).

a) il 40% dei MMG presenta un eccesso di consumo solo nell'assistenza farmaceutica, a fronte di una spesa totale compatibile;

b) nel 15% degli MMG all'eccesso sul farmaco si associa un eccesso di prestazioni ambulatoriali, sem-

pre a fronte di una spesa totale compatibile;

- c) nell'8% l'eccesso del farmaco genera un eccesso della spesa totale, pur in presenza di spesa ospedaliera e ambulatoriale compatibile;
- d) nel 19% l'eccesso sul farmaco si accompagna ad un eccesso sulle prestazioni ambulatoriali, con la conseguente non compatibilità della spesa totale;
- e) nel 7% l'eccesso sul farmaco pare compensato da una bassa spesa ambulatoriale, con conseguente compatibilità della spesa totale.

Conclusioni

L'analisi di variabilità delle

prestazioni erogate, dal punto di vista della "domanda soddisfatta" e del "profilo longitudinale" dei pazienti, anche in relazione al comportamento prescrittivo degli MMG, deve essere presa in attenta considerazione da parte delle Regioni e delle ASL in fase di programmazione sanitaria o quando si devono adottare decisioni concernenti la limitazione dei costi ed il miglioramento della qualità. Gli strumenti sono disponibili. È opportuno che vengano utilizzati non solo per meglio programmare e gestire la sanità, ma anche per sviluppare ulteriori miglioramenti nella sensibilità e specificità degli strumenti stessi.

Appendice B

LA LOTTA AL TABACCO IN ITALIA

GIROLAMO SIRCHIA

(Ministro della Salute nel periodo 2001-2005)

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

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 e di morbilità prevenibili. In Italia si ritiene che il fumo sia responsabile di un numero di decessi pari a 70.000-80.000 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.

La nostra strategia

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. Le ragioni di tale scelta sono molteplici e qui di seguito indicate:

- a. un'azione volta a prevenire l'iniziazione al fumo e a indurre la popolazione a smettere di fumare risulta scarsamente efficace;
- b. alcuni sondaggi hanno 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;
- c. si ritiene che il divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro possa rafforzare le due azioni precedenti.

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 adombrava 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 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,

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

- 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 Elettrotecnico Italiano (CEI).
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 incar-

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

ricato 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, 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%);
 - 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 ¾ 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.

Recentemente 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.

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 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.

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. 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 in Parlamento e nel Governo. 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, altri provvedimenti hanno contribuito, quale 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 con l'eccezione dell'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, tesi a creare modelli che i giovani recepiscono, in cui il fumatore è definito come persona forte e autorevole o, nel caso della donna, affermata ed emancipata. 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, si sono indeboliti fino quasi a mancare.

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 (in ciò contrastando l'azione dei produttori di sigarette che su questo segmento della popolazione puntano gran parte dei propri sforzi), l'attivazione di una rete di servizi gratuita per i fumatori che desiderano di cessare di fumare, una forte azione di contrasto della pubblicità occulta dei produttori che conti-

nua imperterrita a svilupparsi 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.

Mi auguro che il Ministero della Salute riprenda con vigore l'azione di contrasto a coloro che minano con i loro prodotti la salute pubblica e il futuro delle nuove generazioni. In particolare, sarebbe opportuno che i NAS venissero sollecitati ad accentuare i controlli e venisse negoziata con le Regioni, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione, un'azione più decisa delle ASL per verificare che in tutti i luoghi di lavoro la legge per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo sia osservata. Oggi, allo stato attuale delle cose, la legge in realtà è molto rispettata perché la popolazione l'ha fortemente voluta e la difende con impegno e consapevolezza.

È però necessario che il Governo, le Regioni, le Associazioni Non Governative, le Società Medico-Scientifiche, le Associazioni di Consumatori e la popolazione tutta siano vigili perché la legge non sia vanificata e siano proattivi per iniziative tese a prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani e a potenziare la disassuefazione dei fumatori che lo desiderino.

II. Le iniziative da intraprendere oggi

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:

- 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 e bar, 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).

* **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.*

de 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 (mozziconi poco degradabili gettati ovunque), 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, almeno nei casi in cui siano presenti a bordo minori di 18 anni o donne gravide, meglio in ogni caso anche per l'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 del Governo e internazionali
- impegno volontario delle suddette imprese ad aiutare i propri dipendenti a smettere di fumare e a collaborare con le istituzioni sanitarie.

III. 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 soprattutto se adulti con figli in età minore.

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.

Allegati 1, 2

Allegato 1

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale," n. 15 del 20 gennaio 2003 - Serie generale

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

**GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 20 gennaio 2003

**SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI**

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA
VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

AVVISO AGLI ABBONATI

Si informano gli abbonati che si sta predisponendo l'invio dei bollettini di conto corrente postale «premarcati» per il rinnovo degli abbonamenti 2003 alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana. Allo scopo di facilitare le operazioni di rinnovo, si prega di attendere e di utilizzare i suddetti bollettini. Qualora non si desideri rinnovare l'abbonamento è necessario comunicare, con cortese sollecitudine, la relativa disdetta a mezzo fax al numero 06-85082520.

N. 5/L

LEGGE 16 gennaio 2003, n. 3.

**Disposizioni ordinamentali in materia di
pubblica amministrazione.**

mente utilizzando, quanto a 3.499.666 euro per l'anno 2002, a 3.787.248 euro per l'anno 2003 e a 7.472.168 euro per l'anno 2004, l'accantonamento relativo al Ministero della salute, e quanto a 500.334 euro per l'anno 2002, a 6.212.752 euro per l'anno 2003 e a 2.527.832 euro per l'anno 2004, l'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 49.

(Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina)

1. Il termine per l'esercizio della delega previsto dall'articolo 3, comma 1, della legge 28 marzo 2001, n. 145, è differito al 31 luglio 2003.

Art. 50.

(Modifica all'articolo 27 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300)

1. All'articolo 27, comma 2, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, come sostituito dall'articolo 3 del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2001, n. 317, le parole: «acque minerali e termali», sono soppresse.

Art. 51.

(Tutela della salute dei non fumatori)

1. È vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di:

a) quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico;

b) quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

2. Gli esercizi e i luoghi di lavoro di cui al comma 1, lettera b), devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti. Al fine di garantire i livelli essenziali del diritto alla salute, le caratteristiche tecniche degli impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria sono definite, entro centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*, con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute. Con lo stesso regolamento sono definiti i locali riservati ai fumatori nonché i modelli dei cartelli connessi all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

3. Negli esercizi di ristorazione, ai sensi del comma 1, lettera b), devono essere adibiti ai non fumatori uno o più locali di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.

4. Con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute, possono essere individuati eventuali ulteriori luoghi chiusi nei quali sia consentito fumare, nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3. Tale regolamento deve prevedere che in tutte le strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volentariamente devono essere previsti locali adibiti ai fumatori.

5. Alle infrazioni al divieto previsto dal presente articolo si applicano le sanzioni di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, come sostituito dall'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448.

6. Al fine di consentire una adeguata attività di informazione, da attivare d'intesa con le organizzazioni di categoria più rappresentative, le disposizioni di cui ai commi 1, 2, primo periodo, 3 e 5 entrano in vigore de-

corso un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 2.

7. Entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*, con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute di concerto con i Ministri della giustizia e dell'interno, sono ridefinite le procedure per l'accertamento delle infrazioni, la relativa modulistica per il rilievo delle sanzioni nonché l'individuazione dei soggetti legittimati ad elevare i relativi processi verbali, di quelli competenti a ricevere il rapporto sulle infrazioni accertate ai sensi dell'articolo 17 della legge 24 novembre 1981, n. 689, e di quelli deputati a irrogare le relative sanzioni.

8. Le disposizioni di cui al presente articolo non comportano maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

9. Rimangono in vigore, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 3, 5, 6, 8, 9, 10 e 11 della legge 11 novembre 1975, n. 584.

10. Restano ferme le disposizioni che disciplinano il divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni.

Art. 52.

(Modalità dell'accertamento medico-legale effettuato dal Ministero della salute)

1. Al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, concernente il riordinamento del Ministero della sanità, dà intendersi ora riferito al Ministero della salute, dopo l'articolo 4 è inserito il seguente:

«Art. 4-bis. - *(Modalità dell'accertamento medico-legale effettuato dal Ministero della salute)* ¶ Y. Per la formulazione dei pareri medico-legali di propria competenza, il Ministero della salute ha facoltà di istituire, nel limite massimo di spesa di cui al comma

4, collegi medici con la partecipazione di esperti universitari od ospedalieri specialisti nelle varie discipline mediche, nei seguenti casi:

a) quando sia richiesto un parere medico-legale dagli organi giudiziari o dalle Amministrazioni pubbliche, e sia necessario sottoporre l'interessato ad esame diretto;

b) quando dagli atti rimessi al Ministero risulti una disparità di giudizio tra gli organi competenti;

c) quando negli atti si notino discordanze tra i risultati degli accertamenti medico-fiscali ed i giudizi diagnostico e medico-legale espressi;

d) quando il giudizio diagnostico sia stato espresso in modo da non permettere una sicura applicazione delle tabelle A e B annesse alla legge 10 agosto 1950, n. 648, e successive modificazioni.

2. I collegi medici di cui al comma 1 sono composti dal dirigente dell'Ufficio medico-legale della Direzione generale delle professioni sanitarie e medico-legali, quale presidente, da un medico del predetto Ufficio, quale relatore, e da uno o più esperti scelti tra medici universitari od ospedalieri.

3. A ciascun esperto, per ogni giornata di seduta, è corrisposto un compenso commisurato alle tariffe minime degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche stabilite dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e vigenti al momento della prestazione.

4. Per i compensi delle prestazioni degli esperti di cui al comma 3 è autorizzata la spesa annua massima di 3.693 euro a decorrere dall'anno 2002.

5. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, determinato nella misura massima di 3.693 euro annui a decorrere dall'anno 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2002-2004, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato

Allegato 2

29-12-2003

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 300

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 23 dicembre 2003.

Attuazione dell'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, come modificato dall'art. 7 della legge 21 ottobre 2003, n. 306, in materia di «tutela della salute dei non fumatori».

**IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**

Visto l'art. 5 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, e successive modificazioni, in materia di «tutela della salute dei non fumatori»;

Visto il parere espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 24 luglio 2003 sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante «Regolamento di attuazione dell'art. 51, comma 2, della legge 16 gennaio 2003, n. 3;

Visto l'accordo tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori, di cui all'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome del 24 luglio 2003;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Decreta:

Art. 1.

1. Il presente decreto recepisce l'Accordo tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori, sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome del 24 luglio 2003.

Art. 2.

1. Sono definiti nell'allegato I, che costituisce parte integrante del presente decreto, i requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto di fumare.

Roma, 23 dicembre 2003

p. *Il Presidente del Consiglio dei Ministri*
LETTA

COPIA TRAMANDATA
Il Ministro della salute
SIRCHIA

Il Ministro dell'economia e delle finanze
TREMONTI

ALLEGATO I

REQUISITI TECNICI DEI LOCALI PER FUMATORI, DEI RELATIVI IMPIANTI DI VENTILAZIONE E DI RICAMBIO D'ARIA E DEI MODELLI DEI CARTELLI CONNESSI AL DIVIETO DI FUMO.

1. I locali riservati ai fumatori, di cui all'art. 51, comma 1, lettera b) della legge 16 gennaio 2003, n. 3 devono essere contrassegnati come tali e realizzati in modo da risultare adeguatamente separati da altri ambienti limitrofi, dove è vietato fumare. A tal fine i locali per fumatori devono rispettare i seguenti requisiti strutturali:

- a) essere delimitati da pareti a tutta altezza su quattro lati;
- b) essere dotati di ingresso con porta a chiusura automatica, abitualmente in posizione di chiusura;
- c) essere forniti di adeguata segnaletica, conforme a quanto previsto dai successivi punti 9 e 10;
- d) non rappresentare un locale obbligato di passaggio per i non fumatori.

2. I locali per fumatori devono essere dotati di idonei mezzi meccanici di ventilazione forzata, in modo da garantire una portata d'aria di ricambio supplementare esterna o immessa per trasferimento di altri ambienti limitrofi dove è vietato fumare. L'aria di ricambio supplementare deve essere adeguatamente filtrata. La portata di aria supplementare minima da assicurare è pari a 30 litri/secondo per ogni persona che può essere ospitata nel locale in conformità della normativa vigente, sulla base di un indice di soffollamento pari allo 0,7 persone/mq. All'ingresso dei locali è indicato il numero massimo di persone ammesso, in base alla portata dell'impianto.

3. I locali per fumatori devono essere mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pa. (Pascal) rispetto alle zone circostanti.

4. La superficie destinata ai fumatori negli esercizi di ristorazione, ai sensi dell'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, deve comunque essere inferiore alla metà della superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.

5. L'aria proveniente dai locali per fumatori non è riciclabile, ma deve essere espulsa all'esterno attraverso idonei impianti e funzionali aperture, secondo quanto previsto dalla vigente normativa in tema di emissioni in atmosfera esterna, nonché dai regolamenti comunali di igiene ed edilizi.

6. La progettazione, l'installazione, la manutenzione ed il controllo dei sistemi di ventilazione devono essere conformi alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in tema di sicurezza e di risparmio energetico, come pure alle norme tecniche dell'Ente italiano di unificazione (UNI) e del Comitato elettronico italiano (CEI). I soggetti abilitati sono tenuti a rilasciare idonea dichiarazione della messa in opera degli impianti secondo le regole dell'art. 6 in conformità dei medesimi alla normativa vigente. Ai fini del necessario controllo, i certificati di installazione comprensivi dell'idoneità del sistema di espulsione, e i certificati annuali di verifica e di manutenzione degli impianti di ventilazione devono essere conservati a disposizione dell'autorità competente.

7. Nei locali in cui è vietato fumare sono collocati appositi cartelli, adeguatamente visibili, che evidenziano tale divieto. Ai fini della omogeneità sul territorio nazionale, tecnicamente opportuna, tali cartelli devono recare la scritta «VIETATO FUMARE», integrata dalle indicazioni della relativa prescrizione di legge, delle sanzioni applicabili ai contravventori e dei soggetti cui spetta vigilare l'osservanza del divieto e cui compete accertare le infrazioni.

8. Nelle strutture con più locali, oltre al modello di cartello riportato al punto 7, da situare nei luoghi di accesso o comunque di particolare evidenza, sono adattabili cartelli con la sola scritta «VIETATO FUMARE».

9. I cartelli di cui al punto 9 sono comunque integrati da altri cartelli luminosi recanti, per le ragioni di omogeneità di cui al punto 7, la dizione «VIETATO FUMARE PER GUASTO ALL'IMPIANTO DI VENTILAZIONE», che si accendono automaticamente in caso di mancato o inadeguato funzionamento degli impianti di ventilazione supplementare, determinando la contestuale esclusione della scritta indicativa dell'area riservata.

10. Il locale non rispondente, anche temporaneamente, a tutte le caratteristiche tecniche di cui ai punti precedenti non è idoneo all'applicazione della normativa di cui all'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3.

03A14127

Appendice C

L'iniziativa del Custode Sociale per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio

G. Sirchia* A. Parravicini**

Gli anziani che vivono nei grandi caseggiati popolari delle periferie milanesi dove la qualità della vita è molte volte assai al di sotto della media, rappresentano una categoria di cittadini particolarmente svantaggiata che spesso evidenzia situazioni di vera indigenza. Le case popolari non brillano per la manutenzione degli immobili, 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 vera e propria violenza. Alcuni di questi anziani vivono soli e non sempre sono completamente autonomi nel gestire la loro vita. Essi lamentano spesso scarsa attenzione da parte delle Istituzioni, inaccettabili lentezze e l'inadeguatezza nella fornitura dei servizi: gli interventi sono spesso incompleti, tardivi, lasciando così inappagati molti dei loro bisogni.

Il Custode Sociale

Per cercare di meglio rispondere alle esigenze di questi anziani, 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 nel corso del 2000 di avviare una sperimentazione, in tre

* Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Milano (1999-2001)

** Responsabile dell'iniziativa Custode Sociale a Milano

quartieri popolari della città (Stadera, San Siro e Niguarda), di una figura professionale nuova, il Custode Sociale, il cui compito consiste nel rilevare attivamente i bisogni degli anziani e di soddisfarli attivando erogatori di servizi pubblici e privati, parrocchie, reti amicali del quartiere, vigili di quartiere, ALER e volontariato nel senso più ampio del termine. Grazie a questa figura di riferimento ci si aspetta che molti anziani soli possano permanere più a lungo al proprio domicilio, senza far ricorso al ricovero in RSA, ottenendo altresì un risparmio di risorse e un miglioramento della qualità di vita della popolazione più bisognosa. La Questura di Milano ha poi affiancato al Custode Sociale un funzionario di Polizia per qualche ora, contribuendo ad aumentare la sicurezza nel quartiere con un servizio di prossimità assai apprezzato.

I dati sinora raccolti indicano che, dei circa 600 anziani monitorati (età media di 73 anni), 1/3 è parzialmente non autonomo mentre i 2/3 vivono soli ed hanno problemi di salute; la metà del campione dispone di un reddito inferiore a 516 euro mensili. Le richieste di aiuto, raccolte dai Custodi Sociali, sono di varia natura e pertinenza, ma una quota non irrilevante riguarda interventi di manutenzione della casa (non a carico dell'ALER), forniture di elettrodomestici, messa a norma di impianti, richieste di arredi e/o vestiario, ecc. Questi bisogni vengono soddisfatti solo in parte dal Comune di Milano per mancanza di risorse economiche. Vi sono altresì alcuni anziani che dispongono di un reddito mensile appena superiore rispetto a quello previsto dai requisiti di assistenza comunale. Eppure proprio il soddisfacimento di questi bisogni può cambiare le prospettive di vita di queste persone ed aiutarle a rimanere al proprio domicilio il più a lungo possibile.

Il costo di una postazione di Custode Sociale, (attiva 6 giorni la settimana con 2 persone appositamente addestrata) che può assistere circa 300 anziani, è di 65.000 euro/anno per la gestione, di 30.000 euro per l'attivazione e concretizza una spesa per gli interventi diretti di circa 50.000 euro/anno.

L'Associazione Emergenza Anziani

L'Associazione Emergenza Anziani di Milano è nata come gruppo volontario nel novembre 1999 realizzando, in collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Milano, la Campagna Buon Natale Anziani sostenuta con forza dal Corriere della Sera e proseguendo nel 2000 nell'attività di sostegno degli anziani bisognosi assistiti dal Comune.

Nel novembre 2000 si è costituita formalmente come ONLUS ed ha ottenuto l'iscrizione nel Registro Regionale del Volontariato. Essa è costituita da una ventina di volontari preparati sul piano dell'organizzazione aziendale e delle relazioni sociali, con specifica focalizzazione nell'erogazione dei servizi e nella realizzazione di progetti di natura tecnica.

Dal 2001, forte dell'esperienza acquisita nell'ambito della Campagna "Buon Natale Anziani - Oltre il Natale", in cui si è cercato di rispondere, con la formula "da privato a privato", ai bisogni degli anziani più indigenti, ha deciso di collaborare con i Custodi Sociali per cercare di soddisfare quanto più possibile le loro richieste, facendo riferimento unicamente a risorse elargite da diversi sponsor privati.

Grazie alla sinergia messa in atto con la Fondazione Fratelli San Francesco d'Assisi, la quale gestisce tre postazioni (via Barrili, via Maratta, via Ponale) di Custodi Sociali, nel corso del 2001 e 2002 l'Associazione ha effettuato, a favore di circa 800 anziani, i seguenti interventi:

- a. manutenzione dell'abitazione e adeguamento della stessa per renderla più sicura e confortevole;
- b. fornitura di elettrodomestici e mobilio indispensabili per una vita dignitosa dell'anziano;
- c. fornitura di ausili e presidi che ne supportano l'autonomia;
- d. pagamento di utenze varie (luce, gas, telefono, ecc.);
- e. fornitura di vestiario;
- f. adozione di anziani da parte di privati cittadini;
- g. attività di aggregazione e socializzazione presso alcuni ristoranti milanesi, i quali in qualità di sponsor ospitano gli anziani a pranzo o a cena;
- h. organizzazione di momenti di incontro in occasione delle festività e del periodo estivo.

Il prossimo passo: costituzione di nuove postazioni di Custodi Socio-sanitari

Forte di questi risultati positivi, l'Associazione Emergenza Anziani di Milano intende sviluppare ulteriormente il progetto con la costituzione di nuove postazioni di Custodi Sociali attivando ulteriori interlocutori presenti sul territorio.

In particolare ha ottenuto la collaborazione dell'Istituto "Luigi Palazzolo", (che nel settembre '98 passa dalla Congregazione delle Suore delle Poverelle alla Fondazione Don Carlo Gnocchi) come referente per la valutazione e la risoluzione dei bisogni sanitari degli anziani, in particolare quelli residenti nella zona 8 di Milano (zona Accursio) dove è in programma la prima nuova postazione.

Questo grazie alle strutture oggi presenti nell'Istituto:

- una casa di riposo per 700 posti letto;
- un centro di riabilitazione per anziani con 40 posti letto;

- una Casa di Cura di 80 posti letto con reparti di medicina e di riabilitazione (accreditata con il Servizio Sanitario Regionale);
- un sistema ambulatoriale anch'esso accreditato.

La figura del Custode Sociale, nata per raccogliere i bisogni degli anziani e attivare tutte le funzioni pubbliche e/o private necessarie per soddisfarli e risolvere altresì i problemi organizzativi, si arricchisce di altre responsabilità, di seguito esplicitate :

- diffondere informazioni circa le strutture socio-sanitarie attive sul territorio;
- indirizzare gli anziani allo "sportello unico" e agli ambulatori dell'Istituto Palazzolo con l'obiettivo di soddisfare meglio le loro esigenze sanitarie;
- contribuire al coinvolgimento dei medici di medicina generale attivi sul territorio.

L'Associazione Emergenza Anziani insieme alla Fondazione Fratelli di San Francesco, con la collaborazione della Fondazione Don Gnocchi e richiedendo il patrocinio del Comune di Milano, intende creare una nuova postazione di Custodi Sociali per continuare ad offrire agli anziani un supporto sotto il profilo sia sociale sia sanitario.

Questa iniziativa vede la partecipazione di diversi attori, ognuno con competenze specifiche e più precisamente:

- Istituto "Luigi Palazzolo": gestione Sportello Unico e ambulatori;
- Fondazione Fratelli di San Francesco d'Assisi: formazione e gestione operativa dei Custodi Sociali;
- Associazione Emergenza Anziani di Milano: interventi a favore degli anziani;
- ALER: identificazione dei locali presso i condomini popolari (stanze delle portinerie un tempo previste all'interno degli edifici).

Risorse necessarie e budget previsto

Per rendere operativa la postazione dei Custodi Socio-sanitari si rende necessaria la predisposizione delle seguenti risorse:

- 2 persone addestrate (copertura di 2 turni)
- 1 locale sede della postazione dei Custodi Sociali possibilmente nella zona Varesina-Gallaratese così da avvalersi utilmente dalla vicinanza dell'Istituto Palazzolo
- Allestimento postazione con telefono, fax, PC, stampante, collegamento a Internet, 2 cellulari (uno per Custode Sociale), arredo locale
- Attivazione utenze (elettricità, riscaldamento, ecc.)
- Budget di spesa corrente per le attività previste come servizi agli anziani (es. manutenzione degli alloggi, sussidi, ecc)

Sulla base delle esperienze relative alle postazioni di Custodi Sociali già attive in Milano, si è previsto il seguente budget di spesa e gestione per ogni postazione:

| Voci di spesa | 1° Anno | Anni successivi |
|---|---------------------|---------------------|
| Attivazione nuova postazione: - spese di ristrutturazione locali - strumenti (PC, fax, ecc.) - arredi - spese di allacciamento utenze | € 30.000,00 | |
| Personale della postazione | € 62.000,00 | € 62.000,00 |
| Budget di spesa per gli interventi sul territorio | € 52.000,00 | € 67.000,00 |
| Sviluppo rete di medici sul territorio | € 11.000,00 | € 11.000,00 |
| Totale budget previsto | € 155.000,00 | € 140.000,00 |

Conclusioni

L'iniziativa dei Custodi Sociali ha avuto un significativo successo e ha creato aspettative in molti anziani indigenti della periferia milanese. Il Comune di Milano ha promosso l'iniziativa del portierato sociale che prevede, in 16 caseggiati ALER, l'affiancamento al "portiere" di una figura ispirata al Custode Sociale, che interagisce direttamente con l'assistente sociale del Centro Multiservizi Anziani. Si tratta tuttavia di una figura differente, dipendente dal Comune e che, in quanto tale, deve rispettare le norme e i requisiti posti dalla Pubblica Amministrazione. In ogni caso, l'iniziativa attuale non è in grado di rispondere in maniera esaustiva ai bisogni degli anziani indigenti e soli che vivono nelle periferie della città.

Per far crescere la presenza sul territorio dei Custodi Socio-sanitari si rende necessaria la sensibilizzazione della società civile e in particolare delle aziende private che sostenendo l'iniziativa avrebbero l'opportunità di un ottimo ritorno di immagine. Il primo esempio di tale partecipazione è rappresentato dal finanziamento della postazione di via Ponale da parte della Fondazione Aventis. La Fondazione Recordati ha deciso anch'essa di sponsorizzare una postazione fra quelle gestite finora dalla Fondazione Fratelli di San Francesco.

L'auspicio è che questi esempi vengano seguiti da altri gruppi privati, costituendo un modello di promozione sociale dove il privato collabora con l'Istituzione per assicurare agli anziani di Milano una migliore qualità di vita.

Milano, 2 maggio 2003

Finito di stampare nel mese di ottobre 2010
presso Grafica 10 di Città di Castello (Perugia)
per conto della Piccin Nuova Libraria S.p.A. di Padova