

## ALLEGATO 1

### RIPENSARE GLI IRCCS

Il 21 luglio 2016 nel corso di una riunione informale tenutasi al Ministero della Salute presso l'ufficio del Direttore Generale della Ricerca Sanitaria Dr. Giovanni Leonardi, alla presenza dei dirigenti della medesima direzione Dr.ssa Maria Novella Luciani e Dr. Gaetano Guglielmi, del Presidente dell'ISS Prof. Walter Ricciardi, del Direttore Scientifico di Multimedica Prof. Luigi Rossi Bernardi e del suo consulente Prof. Girolamo Sirchia, il Direttore Generale Leonardi ha consegnato ai presenti una prima bozza informale di un documento sugli IRCCS che rappresenta un primo passo per un ripensamento dell'identificazione, dell'organizzazione e funzione di questi presidi del nostro SSN. Dopo tanti anni dalla loro istituzione e le cospicue risorse erogate annualmente per la ricerca da loro svolta, il Ministero della Salute si chiede opportunamente quali sono i vantaggi da loro apportati alla salute degli italiani, all'erogazione dei servizi sanitari e alle imprese e si domanda altresì se vi sono spazi di miglioramento della qualità e dell'efficienza di queste strutture che, dobbiamo ricordarlo, sono deputate al ricovero dei pazienti oltre che alla ricerca clinica e sanitaria.

Il documento ministeriale è interessante perché dopo una prima parte che richiama le norme che regolano gli IRCCS riporta, per ognuno di essi, una scheda da essi compilata nella quale essi espongono i loro risultati e la loro storia a fronte dei finanziamenti ricevuti dalla sanità per la ricerca.

Già da un primo e sommario esame di queste schede si nota che a fronte di alcuni IRCCS che sembrano rispondere alle attese del Ministero, altri non sembrano aver prodotto risultati di rilievo oppure hanno operato in settori non pertinenti al mandato. In quasi nessun caso si va oltre il calcolo dell'*Impact factor* (IF) e in particolare non vengono menzionati i criteri di misura della loro qualità clinica, di efficienza, di riferimento per il territorio, di prodotti utili all'industria; in una parola del beneficio derivato al paziente o al servizio sanitario dalla loro ricerca e rispettive risorse pubbliche utilizzate.

La mia reazione alla lettura del documento ministeriale è sintetizzata nei seguenti punti.

1. Parto innanzitutto dalla convinzione che gli IRCCS devono costituire ospedali di riferimento per le specialità loro assegnate. In quanto tali, essi devono dimostrare la loro qualità elevata e la loro efficienza, nonché

trattare casistiche numerose derivanti appunto dal loro essere, richiamo di pazienti da tutta la nazione. La misura della qualità e dell'efficienza va oggi misurata sugli esiti più che sui processi, ed è quindi utile e urgente che il Ministero della Salute definisca tramite i suoi organismi tecnici (ISS, Agenas, altri) gli indicatori più adatti.

2. Il riferimento per i pazienti deve prevedere un'apertura al territorio (cioè ai MMG) con i quali l'IRCCS deve instaurare un'azione continua di collaborazione e di sostegno diagnostico e terapeutico, di guida e di condivisione della ricerca. Molto significativo a questo proposito la collaborazione che Multimedica ha instaurato con le cooperative di MMG per l'identificazione dei prediabetici nelle persone presunte sane. Se queste persone si sottopongono ad un cambiamento degli stili di vita (alimentazione e attività muscolare corretta) il prediabete può regredire e il metabolismo normalizzarsi. Considerando che è stato calcolato che il costo di un diabetico in Italia è di circa 2.000,00 euro all'anno più elevato di un non diabetico e che i diabetici italiani sono almeno 5 milioni è facile capire quanto una simile collaborazione può far risparmiare alla finanza pubblica.
3. Proprio quest'ultimo è l'argomento che più voglio rimarcare. Finora il nostro SSN è stato incentrato sulla cura delle patologie già manifeste. La sofisticazione dei presidi di diagnosi e cura e i loro costi sono però lievitati ad un punto da rendere economicamente insostenibile il SSN. Da ciò odiosi provvedimenti di contenimento della spesa che peraltro sono chiaramente inefficaci. La verità è che sembra arrivato il momento in cui è necessario cambiare paradigma, dando ampio spazio alla correzione di quegli stili di vita non salutari che sono grande causa di molte patologie croniche invalidanti e costose. L'identificazione precoce dei fattori di rischio nei soggetti che si presumono sani e la loro correzione è la via che sembra poter risolvere i problemi sanitari del Paese. I medici tuttavia devono capire e far proprio il concetto che la identificazione e correzione dei fattori di rischio è un compito clinico della massima importanza che spetta loro, alla stregua della diagnosi e terapia della malattia conclamata. La prescrizione che il medico deve effettuare per conservare la salute e prevenire la comparsa delle malattie deve inoltre essere raccolta da una organizzazione territoriale che si prende in carico il soggetto per organizzargli uno stile di vita salutare; ad esempio inserendolo in programmi proattivi di cessazione del fumo o dei gruppi di cammino secondo la tecnica del *Fitwalking* e/o di educazione alimentare e così via. Si tratta di programmi che prevedono la presenza di altri

professionisti oltre ai sanitari (comunicatori, esperti di attività motoria, psicologi, ecc.); questi devono essere formati e retribuiti per la loro attività, che diventa quindi anche opportunità di lavoro (nuove professioni). Pensate a quanto è insensato oggi vedere che il 22% degli italiani continua a fumare mentre la scienza si adopera per identificare le mutazioni occorse nei fumatori e per produrre farmaci costosi capaci di colpirle. Oppure vedere come l'obesità infantile continua a crescere con il suo fosco di patologie associate mentre l'educazione alimentare è scarsa e addirittura osteggiata da interessi organizzati di tipo industriale e commerciale. Tutti noi sappiamo che l'ideale sarebbe la volontà governativa di attuare una *Health in all policy*, e sappiamo anche che ciò non viene spesso realizzato per il coacervo di interessi che si frappongono e che sono più forti degli interessi di salute pubblica, ma ritengo comunque che progressi possono essere fatti nel tempo se le idee e le volontà sono chiare e i vantaggi economici ben dimostrati.

4. Se gli IRCCS devono essere strutture di riferimento clinico e di ricerca clinica traslazionale, guida e sostegno per il territorio ed i MMG e PLS, se devono essere eccellenti ed efficienti, se devono produrre sia lavori scientifici di alto profilo (IF) aver ricercatori di fama (*H Index* e aggiudicazioni di *grants*) e capace di determinare anche innovazione tecnologica e organizzativa (documentata da brevetti trasferiti al mercato o da innovazione vantaggiose di erogazione dei servizi sanitari), il sistema degli IRCCS va davvero ripensato e migliorato con il consenso di tutte le forze interessate ad una sanità più efficiente, sostenibile e di migliore qualità. A questo fine io credo che una Conferenza Nazionale degli IRCCS, che definisce bene questi scopi e si proponga di ridisegnarne il ruolo, sia strumento utile e possa rappresentare il secondo passo dopo la presentazione del documento ministeriale che ci è stato offerto in previsione e che rappresenta il primo passo di un nuovo IRCCS più consono ai tempi di oggi.

In quell'occasione potrebbero anche essere rivisti alcuni elementi organizzativi che sono risultati poco utili o dannosi. Ad esempio:

- a) le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono state poco utili. La Fondazione dovrebbe essere di diritto privato oppure pur restando pubblica acquisire quei gradi di libertà organizzativi e gestionali disegnati nei primi anni '90 da *Reinventing Government* e riassumibili nella definizione "La pubblica amministrazione imprenditoriale";

- b) l'organizzazione intera della Fondazione potrebbe consentire l'autonomia amministrativa, organizzativa e gestionale dei dipartimenti (vedi blog [www.girolamosirchia.org](http://www.girolamosirchia.org));
- c) i capi dipartimento dovrebbero sedere nel CdA della Fondazione;
- d) l'internazionalizzazione dovrebbe essere aumentata e prevedere posizioni per italiani eccellenti rientrati dall'estero;
- e) dovrebbero essere favorite le interazioni con altre strutture produttive e scientifiche.

È assolutamente necessario, infine, trovare un accordo con le regioni perché vivano gli IRCCS come una risorsa qualificante della loro realtà sanitaria e non come un corpo estraneo o una struttura da trattare alla stregua di qualunque ospedale della rete regionale e da occupare con statuti che non recepiscono la loro valenza nazionale e internazionale inclusa la capacità di contribuire al potenziamento e alla crescita della sanità regionale in termini di innovazione e di finanziamenti.

In conclusione, credo che l'iniziativa della Direzione Generale del Ministero della Salute di ripensare la funzione degli IRCCS, di attualizzarla e migliorarla, definendone meglio le funzioni essenziali di Centro di riferimento nazionale e di ricerca per la sanità, sia assolutamente lodevole. Anche l'UE sta da tempo tentando di realizzare una rete di centri di riferimento ove concentrare le patologie e sviluppare metodi di diagnosi e cura più avanzati, utili ai pazienti e all'industria. In Italia abbiamo già tali centri, dobbiamo solo utilizzarli meglio, migliorandone l'organizzazione e il funzionamento, la distribuzione territoriale e la *governance*, ma anche annettendo a tali funzioni solo strutture oggettivamente qualificate.

Prof. Girolamo Sirchia

Milano, 26 luglio 2016