



**Per i 40 anni
del Servizio Sanitario Nazionale**

Girolamo Sirchia

SINTESI

IL NOSTRO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE VA MIGLIORATO

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha fatto una soddisfacente *performance* fino ad un recente passato, ma oggi va migliorato perché presenta difetti che appartengono a due categorie:

- 1) *Quelli generati nel tempo da rimaneggiamenti*
- 2) *Quelli generati da cambiamenti intervenuti negli utenti*

1. Tra i primi i più gravi sono:

- a) le differenze tra varie aree del Paese in termini di quantità, qualità e costo dei servizi erogati che configurano diversità nel diritto alla salute tra i cittadini di varie aree (anticostituzionale);
- b) le diversità tra chi può pagare per ridurre l'attesa dei servizi e chi non può;
- c) la libera professione e i ticket che rendono i servizi non più gratuiti al punto di erogazione (la vogliono i medici e la struttura).

2. Tra i secondi:

- a) mancanza di un *chronic care model* ben studiato e applicato nelle varie aree;
- b) mancanza di continuità di cura e integrazione socio – sanitaria e territorio – ospedale;
- c) difficile sostenibilità del Sistema senza prevenzione efficace a basso costo (intervento **dominante** secondo Pryor K. and Volpp K., *NEJM* 378, 1761 – 63, 2018);
- d) mancanza di aggiornamento e motivazione per personale.

Penso che un ottimo strumento da utilizzare per la motivazione del personale sia una carriera molto articolata costruita sul merito (produttività, attività di ricerca, qualità del lavoro, capacità di relazione con pazienti, colleghi e sistema con valorizzazione del binomio potere – responsabilità). Alcuni strumenti del passato possono essere ripresi: libera docenza, lavoro volontario riconosciuto, ecc. Per l'aggiornamento si potrebbe ricorrere a una forma di CPD autogestito e inizialmente volontario con gestione di un portfolio della conoscenza e sua valutazione quinquennale per la rivalidazione professionale a cura in un Ente terzo indipendente e a spese dell'interessato.

- Oggi:**
- ✓ Non basta investire più soldi: anzi, se il sistema non viene corretto, si buttano i soldi.
 - ✓ Bisogna che lo Stato si riappropri del suo compito esclusivo di fissare i principi necessari oggi e monitorarli e intervenire con funzioni sostitutive quando necessario: il tutore della salute di ogni italiano è il Ministero della Salute
 - ✓ Bisogna riportare la salute pubblica nelle mani dei sanitari e levarle dai poteri degli economisti e degli amministratori, che curano i bilanci ma non i pazienti
 - ✓ Bisogna offrire al Sistema pubblico più opportunità e meno regole; oggi l'ospedale pubblico è svantaggiato rispetto al privato accreditato.

PARTE PRIMA

1. SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

2. TORNIAMO AI PRINCIPI ISPIRATORI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

3. SANITÀ: SCEGLIERE A RIGOR DI LOGICA

LA PREVENZIONE PROATTIVA MOLTO EFFICACE A BASSO COSTO

4. I LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA

5. CONSIDERAZIONI SULLA SANITÀ OFFERTE AL NUOVO GOVERNO

ALL. 5.1. *BEST VALIDATES A NEW MENTALITY*

BIBLIOGRAFIA RECENTE

1. Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale

Alcuni esperti si stanno interrogando su come salvare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Lodevole impegno, giacchè esso offre notevoli vantaggi quali l'elevato gradimento della popolazione (criterio che dovrebbe essere sempre prioritario per i servizi pubblici), ma anche un accesso universale e un costo inferiore a quello di altri sistemi sanitari. Il SSN oggi è in difficoltà sia per motivi di sostenibilità economica (in quanto la spesa sanitaria tende a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione e del tumultuoso progresso tecnologico), sia per una serie di scelte organizzative che si sono succedute dal 1978 ad oggi e che non sempre sono risultate felici. Tra queste, a mio avviso, l'imposizione di esosi ticket sulle prestazioni (talora associati a criteri di esenzione per patologia sempre più ristretti), la diffusione di una libera professione *intramoenia* che offre servizi celeri a fronte di un pagamento, liste di attesa eccessivamente lunghe per alcune prestazioni (e quindi razionamento), difformità tra le diverse aree del Paese per qualità, quantità e costo delle prestazioni sanitarie erogate, modelli di assistenza socio-sanitaria alla cronicità spesso inadeguati, disattenzione grave alla valorizzazione del merito dei medici e del restante personale che opera in sanità. Il personale medico in particolare è stato marginalizzato e subordinato a personale amministrativo che troppo spesso segue solo logiche contabili con danni enormi per i pazienti, per il personale sanitario e talora per la stessa efficienza. La valorizzazione del merito è quasi scomparsa in sanità dove l'appiattimento è molto marcato, il *burn out* del personale cresce, diminuiscono qualità ed efficienza e con esse l'attenzione e l'empatia per i malati. Non è facile risalire la china in un simile momento.

Io credo che il bandolo della matassa potrebbe trovarsi nel rapporto imperfetto tra lo Stato Centrale e le Regioni, che potrebbe utilmente essere riconsiderato. Non propongo, si badi bene, di mettere in discussione la Costituzione o i poteri regionali, ma solo di chiarire meglio e **insieme** i rispettivi ruoli, con vantaggi per entrambi.

Lo Stato Centrale è responsabile del diritto alla salute dei cittadini (art. 32 della Costituzione) e deve quindi stabilire i principi che consentono ad ogni italiano di godere degli stessi diritti ovunque si trovi. Lo Stato dovrebbe pertanto disegnare il sistema, i suoi limiti di oscillazione e gli standard di quantità, qualità e costo dei principali servizi erogati, impostando anche un sistema di verifica sui risultati ottenuti nel Paese e le eventuali azioni correttive e sostitutive.

Le Regioni hanno tutti i poteri di gestione e collaborano con lo Stato Centrale ad impostare e guidare il sistema e i suoi risultati, ma anche ad apportare quegli ammodernamenti ormai indispensabili, quali:

- 1) la realizzazione di un sistema di cura per la cronicità che preveda la presa in carico del paziente e la sua gestione da parte dei medici generalisti organizzati in una rete di servizi che vanno dalle Case della Salute, ai POT, Ospedali di riferimento, residenze private e collettive e che liberino il paziente dal carico burocratico insopportabile che lo affligge, anche grazie a *Case Manager*. Il modello di *chronic care* recentemente avviato in Lombardia configura delle *Accountable Care Organizations* (ACO) e si presta

quindi a verificare se le ACO nate negli USA e in valutazione nel Regno Unito nell'ambito del ripensamento del SSN, si dimostrino capaci di migliorare la qualità delle cure contenendone i costi. Come è noto, infatti, le ACO sono state previste dalla Riforma Obama (*Affordable Care Act 2010*) come un modo per responsabilizzare su qualità delle cure e loro costo gli erogatori di servizi sanitari, superando il metodo di pagamento *fee-for-service* in favore di un pagamento omnicomprendente per ciclo di cura e per patologia. Esse inoltre danno spazio alla integrazione a rete dei servizi sanitari e sociali territoriali con quelle ospedaliere, alla medicina di iniziativa ai fini di promozione della salute e prevenzione, al sostegno dei pazienti cronici nel percorso di cura tramite *Case Manager* e quindi, in definitiva, a cure più attente, più efficaci e più efficienti;

- 2) forte impulso alla prevenzione proattiva, che sia di dimostrata efficacia e poco costosa. Questa ha fatto passi a gigante e queste conoscenze vanno colte in pieno perché sono quelle che meglio possono frenare la crescita inesorabile della spesa sanitaria che in Italia dovrebbe già oggi aggirarsi sul 9% del PIL (media OCSE) anziché sul 7% e che si prevede debba crescere di altri 2 punti nel prossimo quinquennio.

Tra le iniziative vantaggiose cito le seguenti:

- 1) le vaccinazioni obbligatorie, indispensabili per garantire la salute pubblica;
- 2) la promozione della salute, attraverso stili di vita salutari che prevedano di rifuggire dal fumo e dalle altre dipendenze, alimentarsi in modo corretto per evitare l'eccesso ponderale, il movimento fisico sistematico. La promozione della salute è una responsabilità condivisa tra il cittadino e la comunità, che ha il dovere di informarlo puntualmente e di creare le condizioni ambientali favorevoli a vivere in modo sano;
- 3) l'individuazione fin dall'infanzia e poi in vari momenti della vita, tra i soggetti apparentemente sani, di coloro che sono a più alto rischio di sviluppare patologie croniche, quali diabete, ipertensione, depressione, patologie scheletriche, ecc. con semplici questionari sul modello "*Screen and Treat*", Ciò può prevenire o ritardare la comparsa clinica delle malattie croniche più pesanti e quindi anche la spesa a loro legata;
- 4) anche la prevenzione secondaria, oltre a quella primaria tracciata nei 3 punti soprastanti, consente oggi risparmi di sofferenza e di spesa assai significativi. Basti citare i sensori che operano in telemedicina per il monitoraggio dei pazienti che hanno avuto problemi cardiovascolari e metabolici per capire la vastità degli interventi che oggi sono possibili.

In conclusione, dobbiamo tutti adoperarci per salvare il SSN italiano, perché ancora valido oggi nei suoi principi. Esso però va riportato ai suoi originali valori di universale, gratuito al punto di erogazione, accessibile e accogliente, gradito agli utenti e sostenibile economicamente. Per far questo bisogna che cessino i contrasti tra Stato e Regioni chiarendo insieme i rispettivi ruoli e limiti, ma bisogna anche che i Governi che verranno capiscano che la salute è un motore economico di sviluppo, che deve essere considerata e

rispettata in ogni provvedimento di Governo (la cosiddetta *Health in All Policy*), deve includere particolare attenzione alla prevenzione, alla cronicità e alla ricerca biomedica e industriale e deve essere sostenuta da finanziamenti adeguati.

2. Torniamo ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nasce per offrire assistenza sanitaria gratuita al punto di erogazione ad ogni persona che si trovi in Italia, indipendentemente dalle sue disponibilità economiche o altre caratteristiche, con accesso agevole e gratuito sia al Medico generalista (grazie ad una fitta rete di questi medici convenzionati nel Territorio), sia ai servizi di urgenza ed emergenza, sia ai ricoveri ospedalieri ordinari, sia ai farmaci inseriti in Prontuario.

Per realizzare questo obiettivo lo Stato funge da unico assicuratore per le malattie e ogni cittadino italiano paga con le tasse un premio proporzionato al suo reddito. Ogni anno una quota di cittadini accede ai servizi sanitari e determina una spesa pubblica che deve essere bilanciata dagli introiti fiscali. In Italia questo bilancio presenta un disavanzo e per evitare che questo aumenti sono state fatte nel tempo scelte non sempre felici. La prima è stata quella di applicare una addizionale tassa al punto di erogazione di alcuni servizi sanitari (*copayment*), la seconda di restringere l'offerta così da allungare i tempi di attesa (razionamento) o giungendo per alcune prestazioni a fornire quantità largamente insufficienti per gli assistiti (quali odontoiatria, presa in carico dei pazienti cronici con un apposito programma di cura della cronicità, promozione della salute e prevenzione, servizi di assistenza sociale), e per il personale sanitario (aggiornamento e motivazione, ricerca sanitaria). Una terza scelta infelice è stata quella dello Stato Centrale di rinunciare alla sua prerogativa esclusiva di stabilire e far rispettare i principi fondamentali del Sistema sanitario, che includono anche i parametri di funzionamento, gli *standard* di quantità, qualità e costo dei principali servizi erogati (previsti peraltro nella Legge 311/2004, art. 169) e la verifica sistematica del loro rispetto in ogni area del Paese, così da evitare disparità e ineguaglianze tra i cittadini rispetto alla salute. Una quarta scelta è stata quella di offrire ai Medici ospedalieri di compensare con la libera professione intra-moenia i loro magri salari. Così oggi avviene che per superare le lunghe liste di attesa, il cittadino si vede offrire un'anticipazione vistosa della prestazione a fronte di un addizionale pagamento, parte non irrilevante della quale viene incamerata dall'Ospedale da cui il medico dipende.

Malgrado tutte queste distorsioni, il passivo del SSN persiste e si grida allora al "*sottofinanziamento*" del SSN. Su questa storia del sottofinanziamento vorrei dire la mia. Nel 2017 la spesa sanitaria globale è stata di circa € 110 miliardi e in queste condizioni io credo che non si debbano iniettare nel Sistema ulteriori risorse. Da un lato infatti abbiamo visto quanti servizi siano inadeguati nel SSN. Dall'altro ricordiamo quante spese superflue gravano sul bilancio delle Regioni e quindi sul Servizio sanitario che esse finanziano. Non parlo solo degli elevati costi di funzionamento delle Regioni stesse o dei molti rivoli di spesa che esse alimentano, ma anche di alcune vistose incoerenze del Sistema. Ne cito solo due. Il SSN è stato impostato come un'assicurazione di Stato che bilancia i rischi (la spesa) con gli introiti provenienti dalla tassazione. Non è quindi logico che si offra un servizio sanitario completo (cioè non solo l'urgenza) a stranieri che si trovano illegalmente sul suolo Italiano in quanto qui pervenuti senza visto d'ingresso o con visto turistico scaduto. E' nobile che chiunque abbia una necessità sanitaria urgente venga assistito, ma ciò deve riguardare solo le prestazioni minime

indispensabili a risolvere l'urgenza oppure essere rimborsate dagli interessati. Un secondo aspetto che voglio citare è quello delle attività ludiche e sportive. Se una persona desidera impegnarsi in attività voluttuarie che possono determinare danni alla sua salute non mi sembra logico che le conseguenze e le spese sanitarie gravino su tutti i restanti cittadini: mi sembrerebbe più equo che queste persone si assicurassero privatamente per questi rischi, dato che certo essi si potrebbero permettere di aggiungere alle spese per il divertimento una piccola quota per pagare il premio. Ben più rilevante ricordare che gli sprechi in sanità (legati a cattiva organizzazione del lavoro, duplicazioni, non qualità, inefficienza, trattamenti di non dimostrata efficacia, ecc) si stima raggiungano ben il 20% della spesa totale (cioè oltre € 20 miliardi/anno) e certo una parte di questi sprechi potrebbe essere recuperata. Anche io quindi auspico che l'Italia finanzi il suo SSN con un 10% del PIL (e non con il 7% attuale) allineandosi alla media dei Paesi OCSE più evoluti, ma solo dopo aver ristrutturato il SSN per renderlo più equo, più efficiente, più moderno, più completo e adatto alle esigenze di una società moderna e di un futuro che va preparato puntando a servizi di qualità e ad un'assai maggiore attenzione agli utenti, al personale sanitario, alla conoscenza, alla ricerca e all'innovazione, nel rispetto di regole eque e severe.

In sintesi, in base a queste ed altre considerazioni io mi sono convinto che il decadimento della *performance* operativa, economica ed etica del nostro SSN è legata ad alcune cause principali e precisamente:

1. Le mutate situazioni demografiche, il tumultuoso progresso tecnologico, ma anche la maggior attenzione della popolazione alla propria salute;
2. La impreparazione della popolazione all'uso corretto dei servizi sanitari e l'inadeguata politica del personale sanitario e della sua motivazione, preparazione e aggiornamento professionale;
3. L'orientamento prevalentemente economicistico del Sistema e della sua gestione a scapito dei suoi valori medici, sociali e morali;
4. La distorsione dei principi ispiratori del SSN tesa a compensare scorrette pratiche gestionali;
5. Più importanti di tutte, l'incapacità dello Stato e delle Regioni di capire il grande valore della salute nell'economia del Paese e nel benessere popolare e la loro scarsa propensione a studiare e realizzare con metodologia scientifica e per piccoli passi successivi aggiornamenti idonei a migliorare efficacia ed efficienza del Sistema.

E proprio da qui è, a mio avviso, necessario ripartire per salvare il SSN, rifacendoci concretamente ai suoi principi ispiratori e ai suoi valori, cui la maggioranza degli Italiani non vuole rinunciare. Stato e Regioni debbono finalmente accordarsi per esercitare il loro ruolo in ambiti ben definiti e non conflittuali; entrambi debbono assumersi la responsabilità di soddisfare i bisogni sanitari e sociali della popolazione studiando, progettando e attuando le soluzioni migliori, senza quelle improvvisazioni strumentali alla politica e quelle incoerenze che tanto nuocciono al Sistema. In una parola *le Istituzioni devono credere nella salute e nel*

benessere della popolazione e promuoverli con azioni appropriate perché salvare la Sanità pubblica significa in definitiva rispettare i diritti umani degli Italiani.

Perché ciò accada i pubblici Amministratori dovrebbero rispondere sistematicamente del loro operato (almeno in termini di macrobiettivi loro assegnati o da loro stessi fissati), ad Organismi di verifica terza e indipendente che operino per conto di un'Autorità dello Stato. La responsabilizzazione imparziale di chi gestisce la *Cosa pubblica* è a mio avviso quell'anello mancante all'impianto democratico che potrebbe migliorare la situazione attuale in sanità e non solo. Ancora una volta "*Legge e Ordine*", insieme a valorizzazione del merito, sono forse la formula che meglio garantisce i diritti e i doveri di tutti i membri della società.

3. Sanità: Scegliere a Rigor di Logica

La prevenzione proattiva molto efficace a basso costo

LO STATO DI FATTO

- La patologia cardiovascolare è la prima causa di patologia e morte prematura.
- Il Diabete di tipo 2 è in aumento (circa 10% della popolazione).
- La spesa sanitaria è già insostenibile oggi e non può crescere.
- Con misure di basso costo si può prevenire la comparsa della patologia conclamata. L'identificazione con questionario *Finnrisk* può individuare i soggetti ad alto rischio di Diabete di tipo 2: i soggetti con Diabete di tipo 2 iniziale, se cambiano stile di vita, vedono una regressione della malattia e della spesa.
- Diabete di tipo 2 e ipertensione sono fortemente legati a stili di vita sbagliati (eccesso alimentare, cibi non salutari, fumo, inattività fisica).

LA SCELTA

- Le cure sono importanti, ma sono sempre più costose.
- Bisogna evitare che il carico di cure cresca e ciò è possibile investendo nella **prevenzione cost – effective a basso costo** (Oliver D. *BMJ* 2018;360:k583).
- Propongo che si inizi stendendo un **Piano Operativo Nazionale per il Diabete di tipo 2**, che si svolga con metodo scientifico iniziando una prova di fattibilità per estendersi in tutto il territorio .
- Questo punto operativo deve prevedere ampio coinvolgimento dei Medici di base, della popolazione e la costituzione di **Centri omnicomprensivi per il Diabete** che prendano in carico i soggetti prediabetici o diabetici iniziali per normalizzarli. I *Comprehensive Diabetes Centers* sono essenziali per tutte le patologie croniche molto frequenti e devono operare in stretta collaborazione con i Medici di famiglia e le Case della Salute, costituendo una rete di strutture e servizi che conquistano la fiducia dei cittadini sulla scorta di quanto previsto in Regione Lombardia con la Delibera X/6551 del 4 maggio 2017 “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili” .
- Il Centro per il Diabete può fungere anche da Centro comprensivo per il Cardiovascolare.
- Importanti infine le nuove figure di *professionisti in scienze motorie* per i gruppi di movimento, che includono gruppi di cammino, thai-chi, ballo, ecc. e che fanno parte integrante del Piano suddetto.

4. I Laureati in Medicina e Chirurgia

I laureati in Medicina e Chirurgia (Dottori in Medicina o DM) si suddividono in due grandi categorie: i *Clinici* e i *Non-clinici*.

I primi (DM, C) sono coloro che si dedicano alla cura dei malati, i secondi svolgono attività sanitarie diverse: lavorano nei servizi sanitari, come laboratori o radiologia (DM, S), nella ricerca sanitaria (DM, R), nella sanità pubblica (DM, P), nella organizzazione e gestione della sanità (DM, G), nell'accademia (DM, A).

La distinzione è importante per consentirci di organizzare meglio il Servizio Sanitario e correggere alcuni errori del passato. Il più nocivo è quello di pretendere che i Clinici svolgano mansioni amministrative e gestionali. Il Clinico non deve fare altro che il clinico, giacché fare bene la clinica è molto difficile e deve essere il suo unico compito. Anche l'organizzazione dell'Ospedale e delle Strutture sanitarie extra-ospedaliere verrebbe allora migliorata. Il Primario deve rappresentare il *leader* e il vertice del reparto e del suo personale per la *performance* professionale, la qualità della clinica, l'aggiornamento (specie nel caso in cui si attui un *Continuous Professional Development* o CPD e i collaboratori gestiscano un portfolio della conoscenza), e non deve essere gravato da compiti impropri di tipo gestionale e amministrativo. Queste mansioni esigono che il DM, G venga preparato ad esse: nel grande Ospedale sarà il Capo Dipartimento la figura più impegnata, che auspico venga selezionato tra i Clinici se ha attitudine in questa funzione e viene preparato alla bisogna.

In merito ai Dipartimenti io credo che essi dovrebbero ricevere dall'Amministrazione Centrale la delega e le risorse per gestire l'assistenza ai pazienti, il governo clinico e l'aggiornamento del proprio personale. In altri termini l'Amministrazione centrale dovrebbe delegare ai Dipartimenti (e quindi ai Medici) i poteri e la responsabilità di produrre servizi di quantità, qualità e costo pre-negoziati, lasciandoli liberi di organizzarsi al meglio, di scegliere e gestire il proprio personale, di ordinare la spesa. Il Dipartimento e il suo Organismo di Direzione, con i dovuti supporti amministrativi e tecnici, risponderanno del loro operato e finalmente i malati saranno curati dai Medici invece che da Amministratori.

Non posso qui frenare il mio biasimo per l'istituto della esclusività del rapporto di lavoro dei Medici pubblici dipendenti e della *libera professione intramoenia*. A fronte di un incremento di salario, questi Medici hanno optato in massa per il rapporto di esclusività senza rendersi conto che così cadevano nella trappola di perdere le loro prerogative di professionisti per assimilarsi alla figura di impiegato pubblico. Tale scelta, favorita da alcuni Sindacati Medici, è perniciosa anche perché trascina con sé il divieto a una libera professione che non sia autorizzata dall'Amministrazione e da questa gestita trattenendo una percentuale cospicua della tariffa. Perniciosa anche per il paziente, che rileva come in uno stesso Ospedale chi paga viene servito prima degli altri, e per i principi stessi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che non accettano discriminazioni e che lo vogliono gratuito al punto di erogazione perché già finanziato con le

tasse pagate dai cittadini; per non arrivare a dire che si tratta di pratica assai discutibile sotto il profilo etico. Non capisco inoltre perché il Medico che dirige un Reparto (il Primario o Universitario titolare di cattedra, ossia professionisti di grado elevato) non possa esercitare la libera professione al di fuori della Struttura pubblica da cui dipende, una volta che abbia esaurito prioritariamente il suo debito contrattuale con essa,^{*)} e perché la libera prestazione non possa essere effettuata in tutti gli ambiti pubblici o privati, inclusa una Struttura Solventi dell'Ospedale stesso se esistente, con un contratto libero-professionale e regolarmente denunciata al Fisco, come qualunque altra attività professionale senza necessità di vincoli farraginosi e illiberali (inclusi quelli che impongono l'esclusività nei bandi di assunzione) e nocivi ai cittadini, intrisi di ideologia e di pregiudizi verso il Medico. Questa odiosa regola decadde infatti nel 2004 (*legge 26 maggio 2004, n. 138*) con il 2° Governo Berlusconi, ma venne subito ripristinata allo scadere di quest'ultimo, 2 anni dopo, grazie anche al complice silenzio dei principali Sindacati Medici che da sempre si sono adoperati per favorire lo smantellamento della figura primariale e più in generale di una gerarchia all'interno dei Medici Ospedalieri. Oggi però questa macchina frutta vantaggi economici alla maggior parte degli attori del sistema di offerta (molti medici, altro personale dell'Ospedale pubblico, Amministrazione ospedaliera) ed è quindi assai improbabile che venga modificata giacché l'etica e gli atteggiamenti rispettosi e liberali verso il paziente sono una bella cosa, ma il tornaconto vince sempre. Si potrebbe però almeno ridare ai Primari, ai Professori universitari in cattedra e ai Direttori di struttura semplice la facoltà di optare per la *non esclusività del rapporto di lavoro* e di conseguenza di praticare la *libera professione extramoenia*.

Una parola infine su un *possibile Piano ospedaliero*. E' provato che l'organizzazione sanitaria migliore del territorio prevede un *Ospedale di Riferimento (Hub)* per cura, ricerca e didattica, interconnesso con un territorio in modo stretto, e quindi collegato funzionalmente con Presidi Ospedalieri Territoriali (*POT*), Case della Salute, RSA (e quindi con i Medici di Famiglia) (*Spoke*) per assicurare a questi un continuo sostegno diagnostico, terapeutico e didattico e per ricevere e concentrare casistica e dati. Questi *Hub* devono infatti effettuare anche ricerca e, a questo scopo, devono essere dotati di una Direzione scientifica che la organizza. Anche qui sappiamo che non tutti i Clinici, pur potendo essere eccellenti nella professione, hanno attitudine alla ricerca clinica, e anche qui è necessario che essi vengano sostenuti nella bisogna da personale esperto della Direzione scientifica che sappia costruire progetti di ricerca, analizzare i dati, scrivere i lavori scientifici (*Ghost writers*).

Così facendo, e cioè *apportando chiarezza di ruoli e funzioni* senza inutili vincoli, io credo che tutto potrebbe funzionare meglio e si eviterebbe con la confusione e la commistione impropria, il *burn-out* dei Medici che oggi sta affliggendo il nostro Corpo di Sanitari. Sarebbe per loro più facile lavorare, aggiornarsi, studiare e fare carriera perché una carriera ben articolata va ridisegnata, se non altro a scopo motivazionale. In altri termini *si attuerebbe quella strategia del personale capace di motivarlo* e quella *buona organizzazione della sanità che Malati e Medici invocano* da molti anni.

^{*)} Lo stesso ragionamento si applica anche agli infermieri, che fin dal 2001 hanno diritto ad esercitare la libera professione.

5. Considerazioni sulla Sanità offerte al nuovo Governo

A coloro che si accingono a governare l'Italia nella Legislatura appena iniziata offro le seguenti considerazioni:

- ① Conoscere i Sistemi sanitari esteri è molto utile, ma fare graduatorie di efficacia di tali sistemi è pericoloso perché essi non prescindono dal Sistema Paese in cui operano e quindi non sono trasferibili *tout – court*. Ad esempio, un Sistema assicurativo tipo Svizzera o Olanda non sappiamo se funzionerebbe bene in Italia ove la frode e la corruzione sono molto più alte.
- ② La tecnologia è certo affascinante, ma non sempre è utile al paziente o alla medicina; inoltre spesso spersonalizza i rapporti medico – paziente. Dato che in Medicina il rapporto personale e l'empatia hanno un grande valore, stiamo attenti a non ridurre troppo il livello, che già è troppo basso. Il paziente vuole un medico referente che lo prenda in carico, che sia accessibile sempre, che sia competente, che non costi eccessivamente, che sia “umano”. Oggi la Società in cui viviamo non è amichevole e ci pervade un senso di instabilità e precarietà, cui contribuiscono vari fattori: la quantità crescente di persone che ci circondano provenienti da tanti Paesi, la competitività, la perdita di punti di riferimento saldi come la famiglia, la Chiesa, le Istituzioni; la perdita di valori tradizionali e la celebrazione di altri valori economici o di potere o di immagine; la solitudine crescente (sul lavoro, in famiglia, ecc) che spinge a sfuggire dalla vita reale per vivere in mondi virtuali; la eccessiva protezione dei giovani da parte delle loro famiglie, con il risultato che queste generazioni sono impreparate ad affrontare le difficoltà della vita; a ciò si aggiunge una tecnologia che si sviluppa in modo vorticoso e che ci dà la sensazione che non arriviamo a capirla e a controllarla. Ne derivano nevrosi e psicosi sempre più preoccupanti per numeri e gravità senza che la società le possa affrontare e studiare con la dovuta capacità. La popolazione non è serena, diffida di tutto ciò che la sfiora, spesso ritiene che le soluzioni ai problemi si debbano trovare in modalità illegali. La Sociologia e la Psichiatria non ricevono adeguate risorse per sviluppare ricerca e servizi che possono affrontare e lenire questi problemi, che investono tutti i componenti della Società e tutte le età ancorché in modi differenti.
- ③ Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) va mantenuto giacché sembra essere vantaggioso per almeno tre caratteristiche: presenza di Medici di base accessibili a tutti, costo contenuto, DEA che assicurano una risposta all'emergenza sanitaria. I difetti sono quelli dell'inefficienza e della frode, per i quali sono necessari controlli sistematici *in loco* e collaborazione con i pazienti e il personale dipendente. Il Privato accreditato è spesso orientato al profitto e vanno capiti *in loco* come sopra gli stratagemmi tesi ad aumentarlo.
- ④ La motivazione, la protezione e l'aggiornamento continuo del Personale sono una priorità di ogni Organizzazione sanitaria e devono essere perseguiti con competenza e impegno continui e documentati⁽¹⁾.

- ⑤ La prevenzione primaria e la promozione della salute attraverso l'educazione sanitaria della popolazione e la sua co-responsabilizzazione sono un'altra priorità del SSN che vanno attuati con competenza e risorse, possibilmente secondo indirizzi del Ministero della Salute. Anche Inghilterra e Francia identificano oggi nella prevenzione un obiettivo primario per la revisione della Sanità. Molta patologia cronica può essere ritardata o prevenuta a basso costo (vedi ad esempio *Screen & Treat* per diabete di tipo 2)⁽²⁾. Se la tendenza è in crescita, come nel caso del diabete, il Sistema diviene insostenibile e salta. La Sanità non è solo cura, ma sempre più prevenzione primaria ed educazione sanitaria in ogni comunità.
- ⑥ La sostenibilità non può prescindere dalla definizione di valore delle prestazioni che deve essere misurabile. Il SSN non può pagare tutto per tutti, ma deve pagare ciò che è utile in termini sanitari assecondando le aspettative dei pazienti.
- ⑦ La Politica deve uscire dalla gestione dei presidi sanitari, che devono essere gestiti da dirigenti selezionati per merito professionale e non di appartenenza politica. La Politica deve tracciare le linee strategiche e verificare i risultati con controlli serrati *in loco*, oltre che sulla carta, ma è indispensabile che i dirigenti siano nominati per meriti oggettivi verificabili e trasparenti.
- ⑧ Il SSN deve essere in parte modificato come ho già scritto⁽³⁾ per adeguarsi ad una realtà che è cambiata. Alla stessa conclusione è giunto il Regno Unito ove Lord Darzi (ex Ministro della Sanità) si accinge ora a questa impresa per produrre una proposta di riforma sanitaria entro l'estate 2019⁽⁴⁾. Senza un serio ammodernamento non serve e non basta immettere altro denaro nel Sistema per la spesa corrente non finalizzata alla prevenzione, alla cronicità e alla ricerca sanitaria. Quest'ultima merita maggiore attenzione ma deve essere ristrutturata in modo da evitare sprechi e dannose barriere tra i comparti accademici, sanitari e industriali. Tutte le forze della ricerca e dell'innovazione devono potersi riunire per migliorare la conoscenza, l'organizzazione dei servizi sanitari e la produzione di tecnologia avanzata, creando una nuova modalità di lavoro: insieme per il risultato, come auspicato da Ramsey *et al.*⁽⁵⁾ e come da noi realizzato nel 1991 con il Gruppo (oggi Fondazione) *BEST*, che ha visto una ottima collaborazione internazionale tra Istituti di ricerca accademici e industriali; collaborazione che ha portato alla realizzazione di importanti studi collaborativi pubblicati in 155 lavori scientifici e nella messa a punto di nuove tecniche trasfusionali e beneficio dei pazienti (Allegato).
- ⑨ Al Personale sanitario deve essere assicurata una carriera legata al merito, che preveda ampia delega operativa e compensi proporzionali. Oggi il personale è appiattito, marginalizzato rispetto al potere amministrativo, mal pagato e poco rispettato. ***Senza Medici soddisfatti non esiste Buona Sanità e chi paga di più è il Paziente.*** Serve una politica del personale (Oliver D. BMJ 2018;360:k669).
- ⑩ Vanno infine definiti una volta per tutte i rapporti tra lo Stato e le Regioni per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, chiarendo il significato e le conseguenze dei principi (che competono allo Stato) e alla loro applicazione territoriale (che competono alle Regioni) ponendo fine alle disparità che caratterizzano oggi la Sanità italiana e le loro conseguenze

che non solo inficiano lo spirito della Legge 833/1978 e seguenti ma configurano, a mio avviso, un vero e proprio *vulnus* al diritto costituzionale alla salute di tutti gli italiani.

Mi rendo conto che ognuno dei suddetti ambiti presenta difficoltà politiche anche perché in Italia i centri di potere sono troppo numerosi e troppo distribuiti, spesso con limiti mal definiti di competenza; ma anche perché un Governo è tanto più efficace quanto più è dotato di competenza, visione strategica, autorevolezza, coraggio e rapidità di decisione, dati non comuni. Tuttavia, in analogia a quanto si accinge a fare la *Lancet Commission* con la *London School of Economics and Political Science*⁽⁶⁾, si potrebbero attivare *Gruppi di lavoro su ognuno dei temi proposti* dando ampio spazio alla comunicazione e al coinvolgimento degli *stakeholders* così da costruire *Piani di attuazione fattibili e costruiti con metodo scientifico*, avviando comunque un rinnovamento che nel giro di qualche anno possa ammodernare e rendere più sostenibile il nostro SSN.

Allegato

Bibliografia

1. Lamont T. *The sharing of stories can help staff wellbeing*. **BMJ** 6 gennaio 2018. P. 23
2. Waugh N. *Screen and Intervene to prevent Diabetes?* **BMJ** 2017;356:i6800
3. Sirchia G. *Il Servizio Sanitario Nazionale va salvato, ma deve essere aggiornato*. www.girolamosirchia.org. 20 marzo 2018
4. Doi: 101136/bmj.j5863
5. Ramsey BW, et al. *Academic, Foundation, and Industry Collaboration in Finding New Therapies*. **N Engl J Med** 2017; 376(18):1762-1769.
6. Mossialos E. et al. *The future of the NHS: no longer the envy of the world?* *TheLancet.com* **391**, 1002-1003, 2018.

Allegato 5.1.

BEST validates a new mentality

On May 4, 2017, Ramsey *et al.* published in the NEJM the article *Academic, Foundation and Industry Collaboration in finding new Therapies*. They concluded that “collaborations among complementary partners that are focused on a common goal (...) have led to major advances. Nowadays in an era of reduced funding a siloed mentality is no longer justified and new and collaborative approaches are needed, especially innovative partnership”.

I think that BEST is a good example of this new mentality. BEST was born while returning from the 11th Annual Meeting of the International Society of Haematology held in Basel on September 6, 1991. Typically some University Blood Transfusion Centers and some Companies were working to develop new devices to make blood transfused safer and more effective: blood preservation, leukoreduction, contamination prevention are but a few goals that we all have been interested in. Why not combine the academic and the industrial research to meet such needs? So we founded *BEST i.e. Biomedical Excellence for Safer Transfusion*. At the beginning suspicions and doubts were considerable; companies were worried about the possible leak of their data, and sharing the results was difficult to accept. But Terumo and Pall joined the group, already counting some academic scientists, including our group of Milano. Current memberships include 18 Blood services and 13 Manufacturers.

After some 30 years of activity, the results obtained by BEST are excellent: 123 laboratory and clinical studies, from validation of Nageotte chamber for residual white cell count in leukoreduced blood components (1991) to measuring the efficiency of blood donation deferral (2017), 115 scientific publications, 55 scientific meetings, invitations in International congresses, etc.

So the innovative partnership, with synergic activities and results, are now a reality and I thank all of you members of BEST for the contribution that you have given to improve the quality and safety of blood transfusion.

Ramsey BW, *et al.* *Academic, Foundation, and Industry Collaboration in Finding New Therapies*. **N Engl J Med.** 2017; 376(18):1762-1769.

BIBLIOGRAFIA RECENTE

A Sirchia G. *I 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale (Allegati)*

1. Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale
2. Torniamo ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale
3. Sanità: scegliere a rigor di logica (la prevenzione proattiva efficace a basso costo)
4. I laureati in Medicina e Chirurgia
5. Considerazioni offerte al nuovo Governo

B Gestione e motivazione del personale sanitario

- B1 Thomas LR et al. *Charter on physician well-being*. **JAMA** **319**, 1541-42, 2018.
- B2 Schwenk TL. *Physician well-being and the regenerative power of caring*. **JAMA** **319**, 1543-44, 2018.
- B3 Oliver D. *What might HEE's workforce strategy mean for doctors?* **BMJ** 2018;360:k669.
- B4 Lamont T. *How the sharing of stories can help staff wellbeing*. **BMJ** 6 gennaio 2018. p. 23.

C Presa in carico dei cronici

- C1 Bindman A. *Redesigning medical managed care*. **JAMA** **319**, 1537-38, 2018.
- C2 Willink A, Dugoff EH. *Integrating medical and non-medical Services. The promise and pitfalls of the CHRONIC Care Act*. **New Engl J Med** **378**, 2153-55, 2018.
- C3 Sirchia G, Parravicini A, *L'iniziativa del Custode Sociale per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio*. In Sirchia G. *Spunti per una Sanità Migliore*, Piccin Ed., Padova, 2010, 177-183.
- C4 Robinson F. *Home devices deliver dementia care data*. **BMJ** 2018;361:k1855.
- C5 Wittaker R. *The potential of e-health: reaching those in need*. **BMJ** 26 May 2018, p. 272.

D I presidi sanitari non sono aziende

- D1 Abbasi K *The complexities and successes of the NHS*. **BMJ** 2018;361:k2163.
- D2 Podcast. *Health care as an ecosystem, not a machine*. http://bit.ly/bmj_healthcare_ecosystem_2018.

ALLEGATI

Allegato 1 - Carta del benessere dei medici

Thomas LR et al. *Charter on physician well - being*. **JAMA** 319, 1541 – 42, 2018

Thomas L Schwenk. *Physician Well-being and the Regenerative Power of Caring*. **JAMA** 319, 1543 –4, 2018

Allegato 2 - Presa in Carico dei Cronici -* Confronto Lombardia – Oregon *

Bindman A. *Redesigning Medicaid Managed Care*. **JAMA** 319, 1537 – 38, 2018

Allegato 3 - Avvertenze Per Chi Gestisce la Sanita'

Abbasi K. *The complexities and successes of the NHS*. **BMJ** 2018; 361: K2163

Allegato 4 - Sanita' e Assistenza per i Cronici

- Willink A, Dugoff EH. *Integrating medical and non-medical services. The promise and pitfalls of the CHRONIC Care Act*. **New Engl J Med** 378;2153-551, 2018

- Sirchia G, Parravicini A. L'iniziativa del Custode Sociale per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio in: *"Spunti per una Sanità migliore"* di Sirchia G., Ed. Piccin 2010, pp. 177-183.

Allegato 5 - La politica francese

Labate G. *La politica sanitaria francese si concentra sulla prevenzione*. <http://www.quotidianosanita.it>

CARTA DEL BENESSERE DEI MEDICI

Il medico soddisfatto serve meglio i pazienti. Il benessere del medico è legato a una buona organizzazione del lavoro, alla valorizzazione del merito, alla possibilità di avere un ruolo sociale adeguato, al rispetto reciproco con i pazienti, i colleghi e la dirigenza amministrativa, la possibilità per il medico di essere un professionista autonomo nel contesto di un sistema complesso.

(Thomas LR et al. *Charter on physician well - being*. **JAMA** 319, 1541 – 42, 2018)

(Thomas L Schwenk. *Physician Well-being and the Regenerative Power of Caring*. **JAMA** 319, 1543 –4, 2018)

Charter on Physician Well-being

Larissa R. Thomas, MD, MPH
Division of Hospital Medicine, Zuckerberg San Francisco General Hospital, and Department of Medicine, University of California, San Francisco School of Medicine, San Francisco.

Jonathan A. Ripp, MD, MPH
Departments of Medicine, Geriatrics and Palliative Medicine, and Medical Education, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York.

Colin P. West, MD, PhD
Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; and Division of Biomedical Statistics and Informatics, Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.



Viewpoint page 1543

Corresponding Author: Colin P. West, MD, PhD, Department of Medicine, Mayo Clinic 200 First St SW, Rochester, MN 55905 (west.colin@mayo.edu).

Dedication to serving the interest of the patient is at the heart of medicine's contract with society. When physicians are well, they are best able to meaningfully connect with and care for patients. However, challenges to physician well-being are widespread, with problems such as dissatisfaction, symptoms of burnout, relatively high rates of depression, and increased suicide risk affecting physicians from premedical training through their professional careers. These problems are associated with suboptimal patient care, lower patient satisfaction, decreased access to care, and increased health care costs.

Addressing physician well-being benefits patients, physicians, and the health care system. Governing bodies, policy makers, medical organizations, and individual physicians share a responsibility to proactively support meaningful engagement, vitality, and fulfillment in medicine. Furthering these ideals within the culture of medicine and across its diverse members may help to strengthen health care teams and improve health care system performance.

On behalf of the Collaborative for Healing and Renewal in Medicine (see acknowledgment), we set forth guiding principles and key commitments as a framework for key groups to address physician well-being from medical training through an entire career (Box).

Governing bodies and policy makers could use this charter to help advance a high-functioning health care system by ensuring that policies and regulations align with best practices that promote physician well-being. Organizations could use this charter to help identify strategic priorities and interventions that can maximize meaning, engagement, and job satisfaction. Individual physicians could use this charter to work with local and national partners to guide their practices in service of both patient needs and individual fulfillment.

Guiding Principles

Effective Patient Care Promotes and Requires Physician Well-being

Maintaining meaning and efficacy in the practice of medicine is likely protective against physician-reported burnout, a syndrome of emotional exhaustion, cynicism, and decreased effectiveness at work. For example, in a study of 465 physicians, spending even 1 day per week on the aspect of work identified as most meaningful was associated with lower physician burnout rates (53.8% vs 29.9%).¹ Targeted practice improvement interventions have yielded similar reductions in burnout. Caring for patients has intrinsic value that is not fully captured by performance and financial metrics. Authentic, humanistic interactions with patients and colleagues enhance physician well-being, and physicians who are well

may, in turn, provide better patient care and practice high-quality medicine.

Physician Well-being Is Related With the Well-being of All Members of the Health Care Team

Physicians practice within a matrix of important relationships with patients, members of an interprofessional team, administrative leaders, and in some settings, learners and educators. The entire team is affected by the health of each of its members. Approaches to address physician well-being are most effective when contextualized within efforts to enhance the well-being of all health care team members.

Physician Well-being Is a Quality Marker

Enhancing physician well-being likely benefits health systems seeking to provide high-value care.² For example, physician burnout has been estimated to contribute one-third of the cost of physician job turnover to the health care system.² The "Triple Aim" for health system improvement, optimizing the care experience and population health while reducing the cost of care, should be supplemented with physician well-being, the fourth component of a "Quadruple Aim" and an essential metric that should be tracked and included in organizational performance reports. Healthy organizations use systems improvement tools to identify factors associated with reduced well-being, including assessments of physician well-being in the planning stages of systems improvement initiatives.

Physician Well-being Is a Shared Responsibility

Physician well-being requires collaboration between individual physicians and their organizations. Partnerships among health care team members and medical organizations, local and national physician groups, and institutions and regulatory bodies/policymakers are essential. Healthy organizations could use these partnerships to proactively identify and respond to challenges and continually cultivate well-being.

Summary

Physicians who are well can best serve their patients. Meaningful work, strong relationships with patients, positive team structures, and social connection at work are important factors for physician well-being. Although evidence to support some of the recommendations in this charter is still emerging, medical organizations, regulatory groups, and individual physicians share a responsibility to support these needs. The Charter on Physician Well-being is intended to inspire collaborative efforts among individuals, organizations, health systems, and the profession of medicine to honor the collective commitment of physicians to patients and to each other.

Box. Charter on Physician Well-being

Societal Commitments

Foster a Trustworthy and Supportive Culture in Medicine. Alignment between the stated values of medicine and actual practice is essential for enhancing engagement in work and trust in the profession. Individual physicians and physician leaders have a responsibility to examine the extent to which the culture of medicine, broadly and locally, facilitates meaning, fulfillment in practice, and professionalism. To encourage a supportive culture, leaders could identify and minimize perceived discrepancies between organizational and individual values, promote community and connection at work, and recognize the innate value of individuals beyond their professional achievements. Individual physicians, especially those in leadership or educational roles, could practice and role model self-compassion and vulnerability as essential components of physician practice.

Advocate for Policies That Enhance Well-being. Policies and rules at the national level have an effect on physician well-being locally. For example, regulations may influence physician workload and willingness of physicians to access mental health care. Productivity-based reimbursement drives documentation requirements and physician job structure, contributing to increased workload and administrative burden. Policies could better align regulatory and documentation requirements with clinical activity and reduce excessive administrative work through task-sharing among team members. Although licensing organizations must ensure that physicians are fit to practice, physician leaders and organizations could advocate for processes that encourage physicians to seek routine mental health care without fear of licensing penalty.

Organizational Commitments

Build Supportive Systems. Optimal systems support for well-being includes providing adequate practice resources to manage the pace and volume of work and designing spaces that streamline work and communication, such as by colocating teams. Practice leaders and organizations could use quality improvement strategies to improve technology and the physical environment and reduce administrative burden. For example, automated prescription lines, having medical assistants enter patient data into electronic health records, and more efficient patient flow through the clinic have each demonstrated benefits to physician burnout and satisfaction. Decreased time spent on administrative work and documentation may enhance meaning and the patient experience by increasing the time physicians can dedicate to direct patient care. Organizational processes that ensure adequate rest and a manageable workload include coverage systems for physicians when they are ill, adequate staffing, provisions for family leave, flexibility for time off to address nonwork interests and obligations, and integration of administrative time within the clinical schedule.

Develop Engaged Leadership. Leaders within organizations, including medical schools, residency programs, hospitals, and health care systems, have a role in promoting physician well-being in their communities of physicians. Leaders could establish physician well-being as an organizational priority by including well-being initiatives in strategic planning efforts, using organizational awareness strategies to better identify and respond to emerging well-being challenges, and integrating well-being measures into assessments of organizational performance. By fostering opportunities for social connection and shared decision making, leaders could build engagement and develop a healthier, more productive workforce.

Optimize Highly Functioning Interprofessional Teams. Highly functioning interprofessional teams optimize patient care by enabling physicians and other members of the team to do the work for which they are uniquely trained. Team-based training and community-building activities enrich collaborative interprofessional practice. Additionally, organizations could mitigate burnout symptoms for all members of the health care team by designing staffing models and using process improvement initiatives to match workload to expectations, manage work intensity, and allow variety in practice.

Interpersonal and Individual Commitments

Anticipate and Respond to Inherent Emotional Challenges of Physician Work. Certain challenges to well-being are inherent to physician work and expected over the course of a career, including adverse events, patient deaths, and exposure to human pain and distress. Incorporating coping strategies for such experiences into training and continuing education may help mitigate their effect, promote emotional awareness, and normalize seeking support. Organizations could aid physicians by integrating regular protected opportunities for debriefing within the workday and by building professional support systems to address the influence of adverse events on physicians and other members of the health care team.

Prioritize Mental Health Care. Both individuals and organizations have a role in prioritizing mental health care. Leaders could counter stigma by openly promoting systems that encourage physicians to seek assistance. Increased availability of confidential mental health services during off hours and provision of coverage to attend appointments could decrease barriers to seeking care. More broadly, psychological support should be considered as a means to optimize physician performance proactively rather than solely as a response to crises.

Practice and Promote Self-care. Individual physicians who learn and incorporate self-care skills can enrich their own well-being. As part of their ongoing professional development, physicians may benefit from opportunities to enhance emotional awareness, mindfulness, and self-reflection. Organizations and training programs could provide education, resources, and protected time for physicians to devote to these practices. Additionally, organizations could encourage healthy choices by incorporating healthy food and exercise facilities at or near the workplace and incentivizing participation in lifestyle initiatives.

ARTICLE INFORMATION

Published Online: March 29, 2018.
doi:10.1001/jama.2018.1331

Conflict of Interest Disclosures: All authors have completed and submitted the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest and none were reported.

Funding/Support: This project was supported by a grant from the Arnold P. Gold Foundation, which covered the authors' travel expenses for a meeting of the CHARM-Gold Charter on Physician Well-being Working Group (August 2017).

Role of the Funder/Sponsor: The funder had no role in the preparation, review, or approval of the manuscript, or the decision to submit the manuscript for publication.

Additional Contributions: We thank the following members of the CHARM-Gold Charter on Physician Well-being Working Group for their contributions: Hasan Bazari, MD (co-lead); Elizabeth Gaufberg, MD, MPH (co-lead); Saadia Alkhatir, MD; Stanley W. Ashley, MD; Stewart Babbott, MD; Carol A. Bernstein, MD; Jay Bhatt, DO; Donald W. Brady, MD; Timothy Brigham, MDiv, PhD; Elizabeth M. Harry, MD; Susan T. Hingle, MD; Lorna Lynn, MD; Kenneth M. Ludmerer, MD; Nancy Nankivil; Donald

S. Nelinson, PhD; Alexander Ommaya, DSc; Karen M. Sanders, MD; Jo Shapiro, MD; Todd L. Simon, MD; Steve Singer, PhD; Christine A. Sinsky, MD; Soma Stout, MD, MS; Gopal Yadavalli, MD; and Linda L. M. Worley, MD.

REFERENCES

- Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med*. 2009;169(10):990-995.
- Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician well-being. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1826-1832.

Physician Well-being and the Regenerative Power of Caring

Thomas L. Schwenk,
MD
University of Nevada,
Reno School of
Medicine, Reno,



Viewpoint page 1541

In 1948, *Life* magazine published what has become an iconic and, for many, nostalgic photograph essay depicting the life and work of Dr Ernest Ceriani, a Colorado general practitioner.¹ Among the 38 photographs is one of Dr Ceriani attempting to save the eye of a 2-year-old girl who was kicked by a horse, another of him carrying an 85-year-old man to the operating room to amputate a gangrenous leg, and another showing him holding a newly delivered infant. His expressive face shows anguish, anxiety, uncertainty, and exhaustion—and triumph. Nowhere in the article does the word “burnout” appear.

The photographs of Dr Ceriani document the seemingly unimaginable and unmanageable stress and loneliness of his job, but there is no evidence of the depersonalization, loss of job satisfaction, or inability to care that characterizes the current reports of physician burnout. On the contrary, Dr Ceriani's face shows the compassion, dedication, and engagement that physicians have traditionally associated with the practice of medicine. He appears to be certain about both the obligations and rewards of his covenant with his community and patients. Physicians could do little for patients in

What is missing is an examination of the root cause of much of this dissatisfaction and misery: the loss of the opportunity and ability for physicians to care in the current health care system.

1948 compared with in the modern day, but what they could do provided a deep sense of professional obligation and satisfaction.

Seventy years later, that obligation and satisfaction appear to be in peril, based on a crescendo of reports of the high level of burnout, discouragement, and career dissatisfaction experienced by today's physicians.^{2,3} The rates of medical student and resident depression have increased to epidemic levels.^{4,5} The reduction of clinical activity by practicing physicians, through early retirement, a switch to nonclinical jobs, and “concierge” practice, is increasing.⁶ A high level of stigma precludes appropriate access to mental health care, and the high risk of suicide among students, residents, and physicians casts a pall over the entire profession.⁷

How have the well-being, the morale, the very core of physician professionalism deteriorated to such a low point among so many physicians? While one of the defining features of burnout is the loss of the ability to care, it might be better to examine the opposite logic: are the barriers to the ability to care a fundamental cause of physician burnout?

Numerous essays, commission reports, and workshops have focused on physician well-being, the need for appropriate mental health care, new approaches to rediscovering the joys of practice, and ways to enhance resilience, including a Viewpoint in this issue of *JAMA*.⁸ The framework for nearly all of these reports is a call for physicians to be happier; to have their psychological and physical needs better met, and to have a higher level of satisfaction in their work. All of that is fine and appropriate. Physicians are a precious resource, and they deserve the support that will allow the highest level of professional function. It is somewhat self-evident that healthy and happy physicians will naturally provide better medical care than would physicians who are discouraged, disengaged, and hopeless.

This focus on physician well-being is reasonable and necessary. What is missing is an examination of the root cause of much of this dissatisfaction and misery: the loss of the opportunity and ability for physicians to care in the current health care system.

In earlier days, perhaps 1948, physicians better understood their caring role and coped with the stresses of that role through a deeply personal, reciprocal relationship with their patients. That caring relationship has been lost for many physicians in the current system of fragmented, rushed, dysfunctional, digitized, corporatized, and costly medical care—a system that prizes efficiency over relationships, profits over common good, and volume over value.

Physicians have an obligation to restore balance in the system that also causes them hardship; it is part of the responsibility of a profession. The practice of medicine has always been demanding and exhausting, and it always will be. It is the loss of the ability to care and the buffering of stress and exhaustion that comes from caring deeply for and improving the quality of life of patients that have led to the current crisis of dissatisfaction and lack of well-being among many physicians. It is the ability to engage in reciprocal relationships, in which the fundamental act of caring is regenerative, affirming, and deeply soul satisfying, that was present in 1948 and is increasingly missing in 2018.

Work life, professional satisfaction, well-being, and mental health will naturally improve with a health care system that embodies the same professional values that bring physicians to the profession in the first place. A systemwide commitment to caring will inevitably energize the practice of medicine, renew the profession, and restore the commitment that physicians pledged when they recited a professional oath at medical school graduation. System change will restore the amazement, awe,

Corresponding
Author: Thomas L.
Schwenk, MD,
University of Nevada,
Reno School of
Medicine, Pennington
Medical Education,
0332, 1664 N Virginia
St, Reno, NV 89557
(tschwenk@med.unr.
edu).

and humility of entering, in a professionally intimate, deeply satisfying way, into the lives of patients. This deep engagement¹ is the "return on investment" by which reciprocal energy will buffer the frequently draining days experienced by all physicians.

Focusing on the sources of the discontent, rather than the actual discontent, will also reduce the status of physicians as helpless. One of the most frequent exhortations in the current literature is for medical students, residents, and physicians to learn to be more resilient. If dissatisfaction and lack of well-being are the primary symptoms of this disease, then a lack of toughness and resilience must be part of the cause. While appropriate in moderation—resilience is a worthy trait in all careers and lives—it is a fine line between promoting resilience and blaming physicians for being too weak to cope in the face of unrelenting pressures.

The energy of reform would, therefore, be better directed to the many known flaws in the US health care system that prevent physicians from caring for and entering into deeply satisfying relationships with patients. The US health care system is often said to be the best in the world. Health care professionals in the United States do indeed provide some of the most extraordinary medical care, bordering on miraculous at times, but they also function in one of the worst systems compared with other developed countries. The US system is characterized by highly variable quality and access, wasteful and expensive tests and treatments, poor communication and coordination, dissatisfied patients, and high costs that often bankrupt families.⁹ Such a system also causes a deep level of dissatisfaction and misery in one of the main sectors of its workforce because it markedly inhibits and impairs the ability of physicians to care.

The biotechnological explosion of the last few decades is at one and the same time the source of health care miracles and the cause of the inability of physicians to care. It is not the extraordinary technology that is the cause of this loss but its commercialization and monetization that have wreaked havoc on the health care system's fundamental values. The current system is the consequence of the (mistaken) belief that health care is most appropri-

ately managed like other parts of the US economy, as a market-driven, competitive enterprise. In addition, a major consequence of a market-driven system is the loss of the system's ability to provide coordinated, comprehensive, patient-centered care, with declining opportunities for physicians to engage in reciprocal, caring relationships with patients. This type of relationship is the fundamental motivation that inspires most physicians to pursue careers in medicine, the primary criterion emphasized in the selection of medical students, and an attribute of the most admired physicians. To restore this relationship requires the transformation of health care from a free market service to a common good that is a fundamental feature of a thriving society.

The literature on physician burnout lists many potential causes; all of which detract from the ability to care. The list is long, including risk- and productivity-based reimbursement strategies, the frustrations and time demands of electronic medical records, nonclinical clerical duties, demanding patients influenced by direct-to-consumer advertising, work-hour restrictions that are not accompanied by new approaches to teamwork, and a lack of mentoring and support for trainees from academic and teaching physicians. What all of these features of the current health care system have in common (and the list could be much longer) is their detracting from and disruption of nurturing, satisfying, supportive, and caring relationships with patients.

Physicians have a deep professional obligation to contribute to the resolution of these fundamental flaws that detract from clinical quality and patient satisfaction. A modified modern corollary of Dr Francis W. Peabody's well-known insight might suggest that "the secret of physician well-being is in caring for the patient."¹⁰ Physicians in 2018 are the proverbial "canary in the coal mine." While the canary may be sick, it is the mine that is toxic. Caring for the sick canary is compassionate, but likely futile until there is more fresh air in the mine. The current system has made it nearly impossible for most physicians to care as deeply and to give of themselves as they wish. Only by restoring their ability to care will physicians restore their health and their professional soul.

ARTICLE INFORMATION

Published Online: March 29, 2018.
doi:10.1001/jama.2018.1539

Conflict of Interest Disclosures: The author has completed and submitted the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest and none were reported.

REFERENCES

1. Cosgrove B. W. Eugene Smith's landmark portrait: "country doctor." *Life*. <http://time.com/3456085/w-eugene-smiths-landmark-photo-essay-country-doctor/>. Published February 1, 2012. Accessed January 30, 2018.
2. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-451.
3. The Physicians Foundation. 2016 Survey of America's physicians: practice patterns & perspectives. https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/01/Biennial_Physician_Survey_2016.pdf. Accessed March 14, 2018.
4. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-2383.
5. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236.
6. Shanafelt TD, Múngo M, Schmitgen J, et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(4):422-431.
7. Andrew LB. Physician suicide. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>. Updated June 12, 2017. Accessed January 31, 2018.
8. Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on physician well-being [published online March 29, 2018]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2018.1331
9. Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S. Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Aff (Millwood)*. 2005;(suppl web exclusives):W5-63-W5-73.
10. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA*. 1927;88(12):877-882. doi:10.1001/jama.1927.02680380001001

PRESA IN CARICO DEI CRONICI

* CONFRONTO LOMBARDIA – OREGON *

Nel modello lombardo della presa in carico dei cronici il pagamento *Bundle* è riferito alla patologia e alla gravità della patologia. Nel *modello Oregon* il pagamento varia in rapporto anche a livello di qualità degli *outcomes* (o indicatori *proxy*) valutati sui pazienti e sulla qualità dei servizi erogati misurati con le misure HEDIS – *Healthcare Effectiveness Data and Information Set* (<https://www.ncqa.org/hedis/measures>).

(Bindman A. *Redesigning Medicaid Managed Care*. **JAMA** 319, 1537 – 38, 2018)

AVVERTENZE PER CHI GESTISCE LA SANITA'

1. La Sanità è un sistema organizzativo molto complesso e non può essere gestito come una fabbrica di oggetti.
2. Il miglioramento della qualità è difficile se non si riserva ai medici il ruolo centrale.
3. La normazione sempre più stringente sui medici non migliora il Sistema e non giova ai pazienti.

(Abbasi K. *The complexities and successes of the NHS*. **BMJ** 2018; 361: K2163)

SANITA' E ASSISTENZA PER I CRONICI

Il **CHRONIC Care Act 2018** (*CHRONIC = Creating High – Quality Results and Outcomes Necessary to Improve Chronics*), documento stilato da un Gruppo di Lavoro del Senato USA prevede che l'assistenza alle persone anziane che vivono al loro domicilio unisca alla cure sanitarie l'assistenza sociale per la persona e per la casa e quella strumentale con *device* che supportino l'autonomia delle persona ad effettuare le attività ordinarie della vita quotidiana (*long – term services and supports – LTSS*).[•]

Aiutare i pazienti cronici e anziani a rimanere al loro domicilio in sicurezza è un obiettivo importante per la comunità. Ricordo a questo proposito la felice esperienza che abbiamo avuto a Milano con un *Demonstration Project* che si basa sull'istituzione di un **Custode socio – sanitario** nei grandi stabili del Comune ove vivono molti anziani soli e indigenti.[♦]

Si tratta di un operatore che visita giornalmente questi anziani al loro domicilio, valuta le loro condizioni di vita, li aiuta a risolvere i loro problemi quotidiani e avvisa se del caso l'assistenza sociale e il medico curante se ritiene che ve ne sia ragione. Questo operatore nel nostro caso veniva preparato e assunto da una struttura religiosa privata finanziata all'uopo dal Comune di Milano. Il risultato è stato positivo e gli anziani assistiti sono stati molto soddisfatti del servizio, che anche grazie all'opera di alcune associazioni di volontariato ha avuto anche l'effetto di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, la solitudine e l'isolamento degli assistiti, di affrontare alcune emergenze riguardanti la sicurezza personale o le ondate di calore nel 2003 o alcuni adempimenti amministrativi o alcuni inconvenienti occorsi nelle case popolari da loro abitate.

[•] Willink A, Dugoff EH. *Integrating medical and non – medical services. The promise and pitfalls of the CHRONIC Care Act.* **NEJM** 3781; 2153 – 551, 2018.

[♦] Sirchia G, Parravicini A. *L'iniziativa del Custode Sociale per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio* in **Spunti per una Sanità migliore** di Sirchia G, Ed. Piccin 2010, pp. 177 – 183.

LA POLITICA FRANCESE

Mercoledì 28 MARZO 2018

La politica sanitaria francese si concentra sulla prevenzione

Trattamenti anti-fumo rimborsati come qualsiasi altra medicina, vaccinazione anti-influenzale in farmacia, screening per il cancro cervicale. Queste alcune delle strategie messe in campo per preservare diverse dozzine di migliaia di vite ogni anno. Il piano di "Prevenzione prioritaria", composto da 25 misure, investe 400 milioni di euro l'anno per 5 anni.

Il governo francese ha presentato il 26 marzo un piano per rafforzare la sua politica di prevenzione sanitaria. Si concentrerà sulla lotta contro il tabacco, la vaccinazione o lo screening per il cancro della cervice. Trattamenti anti-fumo rimborsati come qualsiasi altra medicina, vaccinazione anti-influenzale in farmacia, screening per il cancro cervicale ecc.

Il governo ha presentato la sua strategia sanitaria, con l'obiettivo di preservare diverse dozzine di migliaia di vite ogni anno. "La buona salute dipende dall'accesso alle cure, ma implica anche la prevenzione", ha affermato il primo ministro Édouard Philippe, presentando le 25 misure. Il ministro della Salute, Agnès Buzyn, afferma convintamente la necessità di riorientare il sistema sanitario a beneficio della prevenzione. In totale, questo piano di "Prevenzione prioritaria" investe 400 milioni di euro l'anno per 5 anni.

Il piano include alcune misure molto concrete. In primo luogo, i trattamenti anti-fumo che vengono totalmente rimborsati come qualsiasi altro medicinale. Questo sostegno sostituirà il pacchetto di rimborso di 150 euro all'anno che attualmente copre i sostituti della nicotina (cerotti, gomme, pastiglie, inalatori...) prescritto su prescrizione medica. Inoltre, il piano prevede "l'ampliamento delle capacità vaccinali degli operatori sanitari". Il governo vuole "generalizzare dal 2019, su tutto il territorio francese la vaccinazione in farmacia contro l'influenza visto il successo dell' esperimento condotto soprattutto sulla popolazione anziana con successo in due regioni, Nuova Aquitania e Alvernia-Rodano-Alpi, nel 2017. In tre mesi erano state vaccinate 155.944 persone. Inoltre il governo vuole "introdurre un terzo programma nazionale di screening organizzato, quello del cancro del "collo dell'utero" dopo quello introdotto sul cancro al seno e sul cancro del colon-retto.

Tutte le donne che non hanno mai fatto controlli all'utero negli ultimi 3 anni saranno invitate a farlo, con una copertura del 100%, secondo il piano. Tra le altre misure degne di nota, il piano propone di espandere il pittogramma "vietato alle donne incinte" sulle bottiglie di alcol nel 2019 e di rafforzare lo screening per l'epatite C per eliminare questa malattia entro il 2025.

Infine, all'inizio del prossimo anno accademico, tutti gli studenti di medicina, farmacia, odontoiatria, ostetrica, infermieristica, fisioterapia, vale a dire 47.000 persone all'anno, dovranno condurre missioni di prevenzione di tre mesi nelle scuole, carceri, aziende ... su cinque temi di intervento "prioritari" ma non "esclusivi": buona nutrizione, attività fisica, dipendenze (alcol, tabacco, ecc.), sessualità e contraccezione.

→ "Una vera politica di prevenzione preserverebbe circa 100.000 vite all'anno", ha dichiarato il primo ministro Edouard Philippe. Ricorda anche che in Francia "fumano più di 13 milioni di persone" e che il tabacco è "responsabile di 73.000 morti ogni anno. Un altro cambiamento che è stato sottolineato è l'ampliamento delle capacità di vaccinazione dell'intero sistema sanitario francese che ha definitivamente rotto le meccaniche corporative tra medici e farmacisti. Sarà così possibile generalizzare dal 2019 "la vaccinazione contro l'influenza anche in farmacia.

L'altra sottolineatura riguarda "l'introduzione un terzo programma nazionale di screening organizzato, quello del cancro del collo dell'utero". In termini concreti, tutte le donne che non hanno fatto controlli negli ultimi tre anni saranno invitate a farlo, con una copertura del 100%", spiega il ministro della salute. Lo screening non è attualmente sistematico, con 3.000 donne diagnosticate ogni anno e più di 1.000 decessi all'anno. Insomma i propositi del governo e soprattutto del ministro della salute hanno avviato una inversione di tendenza nella sanità francese investendo per la prima volta 2 miliardi di euro nella prevenzione dando finalmente più concretezza alla massima che prevenire è meglio che curare.

Grazia Labate

Ricercatore in economia sanitaria già sottosegretario alla sanità

PARTE SECONDA

SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE VA SALVATO, MA DEVE ESSERE AGGIORNATO

1. *CHE SUCCEDE ALLA NOSTRA SANITÀ?*
2. *OBIETTIVO STRATEGICO – MIGLIORARE LA SALUTE PUBBLICA SENZA AGGRAVIO DI SPESA PUBBLICA: LA MEDICINA DI INIZIATIVA*
 - 2.1. *IL MOVIMENTO FISICO COME MEDICINA*
3. *GLI STANDARD DELLE PRESTAZIONI IN SANITÀ*
4. *LA PRESA IN CARICO: IL NUOVO SISTEMA DI CURA DEL CRONICO IN LOMBARDIA*
5. *I PRESIDI OSPEDALIERI DEL TERRITORIO (POT)*
6. *DARZI CENTERS O WALK-IN CENTRES*
7. *RIPENSARE E VALORIZZARE GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)*
 - 7.1. *LA SANITÀ PER IL PROSSIMO QUINQUENNIO IN ITALIA*
 - 7.1.1. *IL MOVIMENTO FISICO COME MEDICINA*
 - 7.1.2. *LA CURA DELLE PERSONE ANZIANE FRAGILI - UNA NUOVA SFIDA PER L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA E LA MEDICINA DI INIZIATIVA*
 - 7.2. *SENTENZA CONSULTA 270/2005*
 - 7.3. *CLASSIFICAZIONE IRCCS*
 - 7.4. *L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ'*

GLI STANDARD DELLE PRESTAZIONI IN SANITÀ **PROPOSTA DI UN COMMA DA INSERIRE NEL PATTO PER LA SALUTE**

LEGGE 26 MAGGIO 2004 N. 138

ART. 169-186 LEGGE 30 DIC. 2004

Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale

Alcuni esperti si stanno interrogando su come salvare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Lodevole impegno, giacchè esso offre notevoli vantaggi quali l'elevato gradimento della popolazione (criterio che dovrebbe essere sempre prioritario per i servizi pubblici), ma anche un accesso universale e un costo inferiore a quello di altri sistemi sanitari. Il SSN oggi è in difficoltà sia per motivi di sostenibilità economica (in quanto la spesa sanitaria tende a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione e del tumultuoso progresso tecnologico), sia per una serie di scelte organizzative che si sono succedute dal 1978 ad oggi e che non sempre sono risultate felici. Tra queste, a mio avviso, l'imposizione di esosi ticket sulle prestazioni (talora associati a criteri di esenzione per patologia sempre più ristretti), la diffusione di una libera professione *intramoenia* che offre servizi celeri a fronte di un pagamento, liste di attesa eccessivamente lunghe per alcune prestazioni (e quindi razionamento), difformità tra le diverse aree del Paese per qualità, quantità e costo delle prestazioni sanitarie erogate, modelli di assistenza socio-sanitaria alla cronicità spesso inadeguati, disattenzione grave alla valorizzazione del merito dei medici e del restante personale che opera in sanità. Il personale medico in particolare è stato marginalizzato e subordinato a personale amministrativo che troppo spesso segue solo logiche contabili con danni enormi per i pazienti, per il personale sanitario e talora per la stessa efficienza. La valorizzazione del merito è quasi scomparsa in sanità dove l'appiattimento è molto marcato, il *burn out* del personale cresce, diminuiscono qualità ed efficienza e con esse l'attenzione e l'empatia per i malati. Non è facile risalire la china in un simile momento.

Io credo che il bandolo della matassa potrebbe trovarsi nel rapporto imperfetto tra lo Stato Centrale e le Regioni, che potrebbe utilmente essere riconsiderato. Non propongo, si badi bene, di mettere in discussione la Costituzione o i poteri regionali, ma solo di chiarire meglio e **insieme** i rispettivi ruoli, con vantaggi per entrambi.

Lo Stato Centrale è responsabile del diritto alla salute dei cittadini (art. 32 della Costituzione) e deve quindi stabilire i principi che consentono ad ogni italiano di godere degli stessi diritti ovunque si trovi. Lo Stato dovrebbe pertanto disegnare il sistema, i suoi limiti di oscillazione e gli standard di quantità, qualità e costo dei principali servizi erogati, impostando anche un sistema di verifica sui risultati ottenuti nel Paese e le eventuali azioni correttive e sostitutive.

Le Regioni hanno tutti i poteri di gestione e collaborano con lo Stato Centrale ad impostare e guidare il sistema e i suoi risultati, ma anche ad apportare quegli ammodernamenti ormai indispensabili, quali:

- 3) la realizzazione di un sistema di cura per la cronicità che preveda la presa in carico del paziente e la sua gestione da parte dei medici generalisti organizzati in una rete di servizi che vanno dalle Case della Salute, ai POT, Ospedali di riferimento, residenze private e collettive e che liberino il paziente dal carico burocratico insopportabile che

lo affligge, anche grazie a *Case Manager*. Il modello di *chronic care* recentemente avviato in Lombardia configura delle *Accountable Care Organizations* (ACO) e si presta quindi a verificare se le ACO nate negli USA e in valutazione nel Regno Unito nell'ambito del ripensamento del SSN, si dimostrino capaci di migliorare la qualità delle cure contenendone i costi. Come è noto, infatti, le ACO sono state previste dalla Riforma Obama (*Affordable Care Act 2010*) come un modo per responsabilizzare su qualità delle cure e loro costo gli erogatori di servizi sanitari, superando il metodo di pagamento *fee-for-service* in favore di un pagamento omnicomprendente per ciclo di cura e per patologia. Esse inoltre danno spazio alla integrazione a rete dei servizi sanitari e sociali territoriali con quelle ospedaliere, alla medicina di iniziativa ai fini di promozione della salute e prevenzione, al sostegno dei pazienti cronici nel percorso di cura tramite *Case Manager* e quindi, in definitiva, a cure più attente, più efficaci e più efficienti;

- 4) forte impulso alla prevenzione proattiva, che sia di dimostrata efficacia e poco costosa. Questa ha fatto passi a gigante e queste conoscenze vanno colte in pieno perché sono quelle che meglio possono frenare la crescita inesorabile della spesa sanitaria che in Italia dovrebbe già oggi aggirarsi sul 9% del PIL (media OCSE) anziché sul 7% e che si prevede debba crescere di altri 2 punti nel prossimo quinquennio.

Tra le iniziative vantaggiose cito le seguenti:

- 5) le vaccinazioni obbligatorie, indispensabili per garantire la salute pubblica;
- 6) la promozione della salute, attraverso stili di vita salutari che prevedano di rifuggire dal fumo e dalle altre dipendenze, alimentarsi in modo corretto per evitare l'eccesso ponderale, il movimento fisico sistematico. La promozione della salute è una responsabilità condivisa tra il cittadino e la comunità, che ha il dovere di informarlo puntualmente e di creare le condizioni ambientali favorevoli a vivere in modo sano;
- 7) l'individuazione fin dall'infanzia e poi in vari momenti della vita, tra i soggetti apparentemente sani, di coloro che sono a più alto rischio di sviluppare patologie croniche, quali diabete, ipertensione, depressione, patologie scheletriche, ecc. con semplici questionari sul modello "*Screen and Treat*", Ciò può prevenire o ritardare la comparsa clinica delle malattie croniche più pesanti e quindi anche la spesa a loro legata;
- 8) anche la prevenzione secondaria, oltre a quella primaria tracciata nei 3 punti soprastanti, consente oggi risparmi di sofferenza e di spesa assai significativi. Basti citare i sensori che operano in telemedicina per il monitoraggio dei pazienti che hanno avuto problemi cardiovascolari e metabolici per capire la vastità degli interventi che oggi sono possibili.

In conclusione, dobbiamo tutti adoperarci per salvare il SSN italiano, perché ancora valido oggi nei suoi principi. Esso però va riportato ai suoi originali valori di universale, gratuito al punto di erogazione, accessibile e accogliente, gradito agli utenti e sostenibile economicamente. Per far questo bisogna che cessino i contrasti tra Stato e Regioni

chiarendo insieme i rispettivi ruoli e limiti, ma bisogna anche che i Governi che verranno capiscano che la salute è un motore economico di sviluppo, che deve essere considerata e rispettata in ogni provvedimento di Governo (la cosiddetta *Health in All Policy*), deve includere particolare attenzione alla prevenzione, alla cronicità e alla ricerca biomedica e industriale e deve essere sostenuta da finanziamenti adeguati.

Il Servizio Sanitario Nazionale va salvato, ma deve essere aggiornato

Il 40° anniversario dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (dicembre 1978-dicembre 2018) cade in un momento di difficoltà economica, politica, psicologica e morale del Paese, che dura da circa 10 anni. Anche se le preoccupazioni non sono finite e alcuni contrasti tra le grandi potenze le alimentano, si spera però che il ciclo negativo sia prossimo al termine e che sia quindi lecito e opportuno effettuare un consuntivo e disegnare un futuro per la Sanità italiana. Un servizio sanitario all'onore dei tempi deve tener conto che oggi esistono in Italia *target* di utenti assai diversi tra loro, che richiedono servizi sanitari differenziati. Ne cito alcuni:

- ① fasce di età: bambini e adolescenti, adulti, anziani
- ② aree del Paese: Nord e Sud
- ③ orografia del Paese: agglomerati urbani e aree isolate
- ④ persone di differenti livelli socio-economici.

Per fare solo alcuni esempi i problemi delle prime età e delle ultime età della vita, a differenza dell'età adulta, hanno una spiccata componente socio-sanitaria e assistenziale. Le madri che lavorano spesso non sanno a chi lasciare i bambini, gli adolescenti rischiano di abbracciare stili di vita sbagliati, la solidarietà tra scuola e famiglia è meno solida di un tempo: Per gli anziani la presa in carico che assicura continuità di cura della ingravescente cronicità esige una organizzazione a rete decrescente di servizi dall'Ospedale al domicilio (individuale o collettivo) e un *Case Manager* che aiuti il paziente a muoversi nella rete dei servizi in modo opportuno e conveniente. La sanità in città (intesa come accesso e qualità dei servizi) è molto diversa da quella delle valli e delle piccole isole, ove i collegamenti con i grandi presidi tramite telemedicina e mezzi di trasporto veloce divengono preminenti.

E' evidentemente molto difficile soddisfare appieno tutte le necessità sanitarie del Paese, ma molto può essere fatto per migliorare la situazione attuale, che è stata concepita per un mondo che non c'è più e che sconta oggi anche errori del passato (**Allegato 1**). Se dovessi decidere che fare mi muoverei con i seguenti obiettivi:

1. Mantenere il Servizio Sanitario Nazionale (con pagatore unico), in quanto esso assicura un accesso soddisfacente e costa relativamente poco. In Italia la spesa pubblica per la sanità si aggira sul 6,5% del PIL, a cui si aggiunge una spesa privata di un ulteriore 2%. Tuttavia è necessario apportare alcune modificazioni importanti:

- a) educare la popolazione e il personale sanitario al buon uso dei servizi sanitari e alla custodia della propria salute attraverso stili di vita salutari. Il diritto alla salute non può prescindere da una responsabilità individuale a seguire stili di vita salutari e ad evitare per quanto possibile di danneggiare la propria salute.
 - b) aggiornare di continuo il personale sanitario e motivarlo con stimoli economici e non economici
 - c) cambiare il paradigma affiancando alla *medicina di attesa*, centrata sulla cura della malattia, una ***medicina di iniziativa*** centrata sulla prevenzione a basso costo e basata sull'evidenza, onde evitare che l'aumento della cronicità renda il sistema insostenibile (ad esempio *Screen and Treat* per il diabete di tipo 2 – ***Allegato 2***)
 - d) riunire alla sanità l'assistenza non solo come competenze istituzionali, ma anche come risorse
 - e) infine il sistema va alleggerito dall'eccesso di regole spesso inutili o dannose. Meno regole, più controlli in loco e interviste agli utenti sono un ottimo strumento per valutare il Servizio Sanitario e non solo.
2. Definire meglio i compiti e i rapporti tra Ministero della Salute e Regioni così da appianare e prevenire i contrasti e sviluppare sinergie.
 3. Per quanto concerne la grande variabilità dei servizi sanitari erogati nelle diverse aree del Paese, la causa risiede a mio avviso in una errata interpretazione del significato dei LEA, che non devono costituire solo un elenco di prestazioni sanitarie, ma per ognuna di esse devono definire i livelli minimi e massimi di quantità, qualità e costo, che devono essere garantiti in tutte le aree del Paese (***Allegato 3***). Solo con la definizione di questi standard (che è stata avviata nel 2002⁽¹⁾, ma ancora non è completata, anche se prevista nella *Legge Finanziaria* per il 2005) e con il monitoraggio del rispetto di tali valori in ogni Regione, è possibile garantire equità e affidabilità al Servizio Sanitario Nazionale: oggi così non è ed è straziante rilevare che ogni anno mezzo milione di pazienti è costretto ad emigrare in altre aree del Paese per ottenere servizi adeguati, con sofferenze umane e disagi economici facilmente comprensibili
 4. Inserire nel sistema incentivi ben allineati e non solo economici per stimolarlo a fare meglio e di più sia a livello del personale (stimoli di carriera) che a livello imprenditoriale.
 5. Monitoraggi e contrasto continuativi per combattere i ben noti difetti di sistema, specie la frode, inefficienza del sistema pubblico e propensione al profitto dei privati, bilanciando al meglio i *provider* pubblici e privati, così da evitare squilibri pericolosi per il sistema.
 6. Assicurare la continuità assistenziale per i cronici con un *Case Manager* che li assista, operando in una rete che faccia capo alle Case della Salute o analoghi (***Allegato 4***) e si estenda ai POT (***Allegato 5***), alle RSA e Istituti di riabilitazione, residenze protette, assistenza socio-sanitaria domiciliare e ambulatoriale, contrasto alla solitudine e

all'esclusione con i Custodi Socio-Sanitari⁽²⁾, monitoraggio dei cronici più gravi e a rischio con telemedicina, ecc.).

7. *Walk-in Centres* per i grandi agglomerati urbani a sostegno del medico di famiglia e dei DEA (**Allegato 6**).
8. Costruire una rete di assistenza (convenzioni con Centri di Eccellenza per personale e telemedicina) e di trasporto veloce per il trasferimento di pazienti nel caso di comunità isolate.
9. Investire nella ricerca biomedica e sanitaria e nell'innovazione tecnologica (inclusi gli RCCS – **Allegato 7**) non prima però di aver realizzato un sistema di distribuzione dei fondi con criteri meritocratici. Riconoscimenti per le Università e le Aziende private che meglio lavorano con la sanità per l'educazione, la ricerca, l'innovazione di presidi e servizi.
10. Investire nella conciliazione famiglia-lavoro e rinsaldare il legame scuola-sanità-famiglia (nuovi servizi per le madri che lavorano, educazione civica e sanitaria alle Elementari, controlli sanitari sugli alunni, rapporto scuola-lavoro per le Superiori, ecc.).

Vi è molto spazio nel bilancio dello Stato per reperire le risorse necessarie, che dovrebbero salire di almeno 2 punti percentuali sul PIL (9%), così da allinearsi a quelle dei Paesi più evoluti⁽³⁾. Gli sprechi nell'ambito della spesa pubblica sono enormi: è stato stimato che circa il 20% della spesa sanitaria italiana (pari a € 22 miliardi/anno) siano sprecati a causa soprattutto di inefficienza, cattiva organizzazione e gestione, ridondanze, eccessiva regolazione burocratica, inutili spese amministrative, penalizzanti accordi internazionali, malaffare e frode, rendite e privilegi. Se **legge ed ordine** diventano gli obiettivi del Paese, credo che in un quinquennio si potrebbero cominciare a vedere i risultati di un risanamento del nostro Servizio Sanitario che non può più attendere.

In conclusione, ho qui cercato di dare corpo alla tesi che il Servizio Sanitario Nazionale vada conservato, principalmente per l'accesso universale che esso consente a costo contenuto grazie alla rete territoriale di Medici Generalisti che ne sono un cardine, ma che vada aggiornato e migliorato in modo sostanziale. Reputo sbagliato e confondente ripetere che il nostro Servizio Sanitario Nazionale è tra i migliori del mondo e che è sotto finanziato. La prima affermazione deriva da una graduatoria stilata dal *Dr. Julio Frank* per conto del WHO negli anni '90 che si limitava a considerare l'universalità dell'accesso e la spesa del Servizio Sanitario in rapporto all'attesa di vita alla nascita della popolazione; a queste condizioni molto discutibili il Servizio Sanitario Nazionale italiano figurava nelle prime posizioni. Per quanto riguarda il presunto sottofinanziamento del sistema attuale, esso mi sembra derivi del tutto o in grande misura dal cattivo uso delle risorse disponibili e penso quindi che sarebbe un errore immettere altro denaro pubblico nel Servizio Sanitario Nazionale come è attualmente. Al contrario, ciò che serve è un piano pluriennale di miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale che lo renda consono ai bisogni della popolazione, un piano che sia impostato con metodo scientifico, sia capito e condiviso da tutte le Istituzioni, dal personale sanitario e dalla popolazione. Un

Servizio Sanitario Nazionale aggiornato e capace di rispondere alle necessità in modo equo e sostenibile necessita di altri € 30 miliardi/anno (dei quali una parte recuperabile dalla spesa impropria) da aggiungere ai 110 miliardi che lo Stato italiano investe nel servizio. L'impresa non è certo facile, ma richiede prima di tutto la consapevolezza che una popolazione in salute è un motore economico di sviluppo dell'intero Paese, giacché garantisce sicurezza e benessere e quindi un alto ritorno sull'investimento. In altre parole è un buon affare oltre che un indicatore di civiltà.

Bibliografia

1. Campari M. *La variabilità dei consumi*. Salute e Territorio **164**, 149-154, 2007.
2. Sirchia G, Parravicini A. *L'iniziativa dei Custodi Sociali per favorire la permanenza degli anziani al loro domicilio*. In G. Sirchia: *Spunti per una sanità migliore*. Piccin Ed., Padova, 2010, pp. 177-183.
3. Papanicolas I et al. *Health care spending in the United States and other high-income countries*. JAMA **319**, 1024-1039, 2018.

Allegati

All. 1 – *Che succede alla nostra Sanità?*

All. 2 – *Obiettivo strategico – migliorare la salute pubblica senza aggravio di spesa pubblica: la Medicina di Iniziativa*

All. 3 – *Gli Standard delle Prestazioni in Sanità*

All. 4 – *La Presa in Carico: il Nuovo Sistema di Cura del Cronico in Lombardia*

All. 5 – *I Presidi Ospedalieri del Territorio (POT)*

All. 6 – *Darzi Centers o Walk-in Centres*

All. 7 – *Ripensare e valorizzare gli istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)*

1. Che succede alla nostra Sanità?

I crescenti costi della diagnosi e delle cure, i trattamenti inappropriati e poco utili, gli errori medici e organizzativi, ma anche le disparità tra area ed area del Paese, la stretta economica indiscriminata, la crescente burocrazia, gli scarsi investimenti sulle strutture, sull'organizzazione, sul personale e sulla sua preparazione e motivazione, sull'educazione sanitaria della popolazione stanno mettendo a serio rischio il nostro Servizio Sanitario e ne stanno modificando la natura, i principi e i risultati.

Scontiamo una serie di errori che l'Italia ha fatto nei decenni scorsi, e principalmente quello di non considerare la salute degli Italiani un motore economico di sviluppo e un fondamentale elemento di serenità, ma di considerarlo un costo improduttivo, un ambito secondario della vita nazionale, un terreno di arrembaggio politico e una vittima di interessi contrari alla salute pubblica e privata. Oggi con l'invecchiamento della popolazione, con le crescenti disparità sociali, con l'incremento o la ricomparsa di epidemie infettive e non infettive, incluse malattie psichiche e dipendenze, obesità, diabete e malattie cardiovascolari e con l'esplosione delle malattie croniche, la situazione si aggrava progressivamente. Sempre più le carenze gravano sui meno abbienti, ma in realtà tutti gli Italiani subiscono un danno. Il nostro Paese sta vivendo un momento difficile, con perdita di valori e di certezze, crescente confusione e spinte anarcoidi. Manca una guida autorevole al Paese prima che alla Sanità. Da qui dobbiamo ripartire, perché anche in Sanità si ritrovi un senso di marcia e un piano ben fatto di uscita dal guado.

Tra i molti errori effettuati, alcuni hanno avuto conseguenze più gravi. Il primo è stato quello di emarginare i medici dalle decisioni in Sanità, affidando queste ai politici e agli amministrativi. Non si è capito che la Sanità è un sistema complesso che discende dalla complessità dell'organismo umano e dalle innumerevoli combinazioni che le molte alterazioni dei vari apparati di questo generano. Tentare schematizzazioni e costruzioni in modelli organizzativi di questa complessità è disegno di sicuro insuccesso, così come affidare la gestione di questi processi a persone che hanno formazione e vocazione amministrativa o comunque non medica. Solo il medico ha qualche probabilità di successo e può meglio di altri gestire la complessità biologica e organizzativa dell'assistenza. Il medico è stato trasformato da professionista, sostenuto da una Amministrazione, in sottoposto di tipo impiegatizio, sempre mal visto dal potere perché per sua stessa natura tendente alla decisione e naturale interlocutore del paziente. Non solo il medico non è più in posizione preminente, ma è schiacciato da regole vincolanti che dovrebbero tenerlo sotto controllo onde evitare che si impadronisca di troppa libertà. Nessuna delega di potere al medico, ma solo responsabilità e vincoli. Tutto ciò ha portato alla demotivazione, deresponsabilizzazione e disaffezione dei

medici e all'insoddisfazione dei pazienti. Ma il medico oggi sarebbe capace di assumere un ruolo più autonomo e responsabile? Forse no, perché l'Università per prima non lo prepara a questa sua funzione preminente e asseconda la politica nel contenerlo in un ruolo limitato e strettamente tecnico.

Un secondo grande errore di sistema è stato quello di convincere gli Italiani che la salute è un diritto illimitato senza doveri. Non è mai stato detto agli Italiani che ognuno di noi è responsabile di custodire la propria salute: non è possibile pensare che si possa impunemente fumare, o bere e mangiare smodatamente e non rispondere dei danni che si procurano in tal modo a noi stessi e alla società in cui viviamo. Oggi il solo fumo di tabacco in Italia costa ogni anno € 7,5 miliardi di spesa sanitaria e altrettanto in giornate di lavoro perse: 15 miliardi che si scaricano sullo Stato e sulle imprese e in definitiva su ognuno di noi, anche se non fumatore. Dare tutto a tutti senza limiti e soprattutto senza educare il popolo a ben utilizzare i Servizi Sanitari è un errore molto oneroso. La scarsa educazione del popolo è quindi un terzo grave errore di sistema che oggi scontiamo penosamente. Anche l'aver anteposto alla salute pubblica gli interessi di grandi gruppi imprenditoriali è un costoso errore di sistema. E' vero che la produzione e i consumi creano ricchezza e lavoro, ma ciò accade solo se essi non generano eccessivi danni alla salute dell'uomo e del suo ambiente. Se il consumo avviene a spese di questi vitali elementi, produzione e consumo non sono accettabili dal punto di vista etico oltre che economico. Ma un codice etico che vincoli gli imprenditori ad alcuni valori basilari non è mai stato proposto e forse nemmeno pensato. Anche alcune campagne in favore della *"Health in all policy"* (valutare l'impatto sulla salute di ogni provvedimento di Governo) o di *Tobacco Endgame* (eliminiamo per sempre il consumo di tabacco) suonano oggi utopiche alla luce della realtà che ci mostra uno Stato che favorisce il gioco d'azzardo, non regola né vincola la pubblicità anche quando nociva per la salute pubblica o addirittura accetta che il Presidente del Consiglio inauguri un nuovo stabilimento di *"sigarette senza combustione"*!!

Uno Stato che promette demagogicamente una Sanità per tutti, che assista i cittadini *"dalla culla alla tomba"*, e che offra a tutti un'assistenza moderna e di alta qualità, ma che oggi accetta Servizi Sanitari molto diversi per quantità, qualità e costi da Regione a Regione a causa di un'autonomia regionale che non consente allo Stato centrale di intervenire a verificare e correggere eventuali scostamenti da standard uniformi di servizio (che mai sono stati prodotti), malgrado l'evidente disparità di trattamento palesemente lesivo della Costituzione. Uno Stato che ha inventato per i medici ospedalieri una libera professione *intramoenia* nella quale il paziente può pagare di tasca propria un professionista e l'Ospedale da cui dipende per avere una prestazione migliore o più sollecita; ossia che paga una seconda volta quanto ha già pagato con le tasse, vanificando i principi costitutivi stessi del Servizio Sanitario Nazionale (che dovrebbe essere erogato gratuitamente al punto di richiesta senza differenze di censo, razza, ecc.). Perché tutto ciò? Per consentire allo Stato di pagare i medici in modo vergognosamente basso, circa la metà di quanto accade in altri Paesi europei.

Che dire infine dell'ingerenza della politica nella gestione spicciola della Sanità, dalla nomina dei Direttori Generali e del personale in base non tanto al merito, ma soprattutto all'appartenenza politica, ai mille risvolti di compiacenza verso fornitori di beni e servizi?

Solo la dedizione e la capacità della maggior parte del personale sanitario oggi consente al Servizio Sanitario Nazionale di funzionare più o meno bene, ma la continua attenzione dei Governi solo alla riduzione della spesa spesso con tagli indiscriminati, l'insufficiente investimento in strutture e attrezzature, la mancanza di una politica di educazione e motivazione del personale, l'incapacità di evolvere e di pensare al futuro fanno facilmente intuire che il Servizio Sanitario Nazionale ha un destino incerto. Ecco perché io penso che solo con un cambio di rotta consapevole, guidato da uomini colti, competenti e corretti, si possa offrire agli Italiani la possibilità di garantirsi la salute. Per la verità molti Paesi stanno vivendo analoghe situazioni, inclusi la Gran Bretagna e gli USA (vedi *Dzau et al.*¹), ma almeno essi hanno attivato un dibattito attivo e forse costruttivo. In Italia non vedo questo fermento e questa è la cosa che oggi più mi preoccupa: la scarsa attenzione al problema salute, come a quello dell'ambiente, della educazione, della cultura sono forse l'errore più grave che stiamo facendo. Forse ci mancano non solo le idee, ma anche la volontà di creare un Servizio Sanitario che promuova, protegga e ripristini la salute dei singoli e delle popolazioni in modo efficace ed efficiente e che aiuti ogni persona a raggiungere benessere e buona salute (*Dzau et al.*¹). Ma prima di metter mano all'ennesima riforma dobbiamo chiederci alcune domande (*Berwick, Nota 1*):

- 1) la Nazione si impegna a considerare la salute di tutti come diritto umano inalienabile?
- 2) E' disposta ad accettare che prevenzione e riduzione dei differenziali sociali devono essere considerati preliminari di salute?
- 3) E' disposta a ridurre gli sprechi e ad investire nella salute?
- 4) Accetta di basare la sanità sulla scienza, sull'evidenza e sull'educazione invece che sulla ideologia e la superstizione?

Se queste premesse non ci sono, ogni riforma sarà inutile e vana e la Sanità non potrà diventare quel valore individuale e collettivo che molti desiderano.

Oggi non mi risulta che nessuno schieramento politico proponga in Italia un simile obiettivo. Forse la società italiana non ha sviluppato ancora una consapevolezza e una forza tali da creare un movimento di opinione sufficientemente forte in tal senso, e forse vi è posto perché ognuno di noi si mobiliti perché ciò accada. Noi vogliamo credere che le "minoranze profetiche" possano cambiare la storia.

1. Dzau VJ. *Vital Directions for Health and Health Care. Priorities From a National Academy of Medicine Initiative*

JAMA 2017;317(14):1461-1470.

Nota 1

Donald Berwick scrive: "Se gli USA avessero utilizzato per la costruzione delle strade o l'esplorazione spaziale gli stessi metodi utilizzati per riformare la sanità, oggi non disporrebbero né di autostrade né di impronte umane sulla luna"

(Berwick DM. *Vital Directions and National Will*. JAMA **317**, 1420-21, 2017).

Nota 2 – Pubblico e privato in Sanità

Molti ritengono che la gestione dei servizi pubblici da parte di un mix di pubblico e di privato sia utile in quanto la competizione indurrebbe a far crescere la qualità e l'efficienza dei servizi, a tutto vantaggio degli utenti¹. In realtà non è così, almeno in Sanità, ma non solo. Il servizio pubblico, operato come è da vincoli e regole, è progressivamente scaduto, mentre il privato è cresciuto fino a diventare preminente sul mercato. La sua agilità organizzativa e gestionale, la visione imprenditoriale a volte spregiudicata hanno fatto prevalere le strutture private, che si sono collocate fra l'altro negli ambiti di mercato più convenienti, lasciando al pubblico le parti meno redditizie o più onerose. Io credo che forse sarebbe più conveniente che il pubblico si ritirasse dalla organizzazione e gestione delle sue strutture, appaltandone la gestione ai privati, ma riservandosi un controllo serrato su tutte le strutture che erogano servizi sanitari. Forse in tal modo il mercato diverrebbe più equilibrato.

1. Frakt AB. *Learning about competition from the UK' National Health Service*.

JAMA **314**, 547-48, 2015.

Nota 3

Malgrado sia stato calcolato che il trattamento medico contribuisce solo per un 10% a ridurre le morti premature della popolazione, mentre i comportamenti individuali, la predisposizione genetica, le condizioni sociali e la qualità dell'ambiente pesano per il 40%, 30%, 15% e 5% rispettivamente¹, la maggioranza della spesa sanitaria è rivolta alle cure e poco è riservato al resto.

1. McGinnis M et al. *The case for more active policy attention to health promotion*.

Health Aff 21, 78-93, 2002.

2. Obiettivo strategico - migliorare la salute pubblica senza aggravio di spesa pubblica: la Medicina di Iniziativa

Tra i motivi che rendono economicamente non sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale (e gli altri sistemi sanitari occidentali) vi è l'impostazione della sanità che da sempre si è occupata delle persone dopo che è comparsa la malattia (cosiddetta *medicina di risposta o reazione*). Con il rapido progresso dei mezzi di diagnosi e cura (sempre più fini e costosi) e l'allungamento della vita media (con relativo carico di malattie croniche invalidanti) la spesa sanitaria è esplosa e rende necessario oggi un ripensamento di tale impostazione.

Il nuovo paradigma della sanità consiste nell'identificare i soggetti apparentemente sani che rischiano di sviluppare la malattia così da intervenire precocemente in modo che il processo si arresti o regredisca. Tipico il processo che porta alla comparsa del diabete e dell'obesità in una parte della popolazione. Una volta comparso, il diabete di tipo 2 sviluppa complicanze estremamente impegnative sia dal punto di vista umano che economico.

Le complicanze del diabete sono varie: dalla malattia coronarica (ne soffre il 10% di coloro che hanno il diabete), alla retinopatia (il 34%), all'insufficienza renale (il 5 – 10% di coloro che hanno il diabete di tipo 2, ma il 30 – 40% delle persone con diabete di tipo 1), alla neuropatia (il 32%). Sono le complicanze che portano alla morte e che rappresentano il vero pericolo del diabete, che spesso si associa ad obesità (diabesità) e ipertensione arteriosa: oltre il 50% di coloro che hanno il diabete infatti muore a causa di problemi cardiovascolari e il 10 – 20% per insufficienza renale.

Il diabete è preceduto da una condizione clinica, chiamata *prediabete*, che è caratterizzata da assenza di sintomi soggettivi. Solitamente, la diagnosi clinica avviene con un ritardo medio di circa 5 anni. Durante questo periodo, se viene effettuata un'adeguata diagnosi precoce, è possibile intervenire con efficaci terapie preventive a basso costo attraverso interventi sullo stile di vita (dieta, esercizio fisico ecc) che possono arrestare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Durante il prediabete, elevati livelli di glucosio plasmatico agiscono su cuore, occhi, reni, nervi e vasi sanguigni, determinando un significativo aumento di complicanze. La comparsa silenziosa della malattia è un problema rilevante dal momento che le fasi precliniche del diabete non sono benigne e il 10 – 20% dei pazienti sviluppa complicanze prima della diagnosi clinica della malattia.

Da numerosi studi emerge chiaramente come la diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducano del 10 – 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15 – 55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica,

perdita della vista, piede diabetico, ecc), riducendo drasticamente i ricoveri per le complicanze della malattia e, di conseguenza, gli alti costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Negli USA si stima che 82 milioni di cittadini è affetto da una condizione di prediabete e ciò ha stimolato recentemente l'ex Presidente Obama a lanciare uno specifico programma di precoce identificazione sanitaria e di modifica degli stili di vita delle persone affette da questa condizione.

L'intervento americano è basato sui risultati di uno studio decennale (*Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin*) pubblicato su N Engl J Med 2002; 346:303 – 403 da parte del *Diabetes Prevention Program Group*). Il *Diabetes Prevention Program Outcome Study* è un programma del Governo americano che prevede di utilizzare i risultati di questo studio per finanziare attraverso *Medicare*, e in accordo con l'*Affordable Care Act*, per la prima volta, programmi di intervento attivo per prevenire la progressione del prediabete a malattia conclamata. Tali programmi sono stati recentemente definiti e certificati per la loro efficacia attraverso il *Diabetes Preventive Programme* dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e sono basati sulla modifica degli stili di vita secondo una procedura dettagliatamente descritta.

Non mancano simili esperienze in Italia. Il FINDRISC (*Finnish Diabetes Score*) è un questionario semplice e a basso costo somministrabile da Medici di Medicina Generale (MMG) nel loro studio, oramai ben validato in Europa che prevede 8 domande sui principali fattori di rischio che si associano al diabete. I valori misurati con un semplice punteggio riassuntivo permettono, con alta probabilità, di classificare le persone e il loro rischio futuro di sviluppare diabete di tipo 2. E' attualmente in corso lo studio DIAPASON finanziato dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Invernizzi, eseguito in collaborazione con i MMG riuniti nella CMMC (Cooperativa Medici Milano Centro). A questi medici è stata fornita una versione digitale del test FINDRISC modificata che ciascun medico ha inserito ed utilizzato nel proprio personal computer. Ciascun medico di medicina generale ha poi provveduto ad effettuare ai propri assistiti, di età maggiore di 40 anni, non affetti da diabete e malattie oncologiche, che accedono per qualsiasi motivo in modo casuale al proprio ambulatorio il test FINDRISC. I pazienti identificati dai medici di medicina generale in questo progetto sono stati a tutt'ora 1.504. Risultati: soggetti con punteggio maggiore di 9 (rischio di diabete) sono 938 (62,3%). Di questi sono stati sottoposti finora alle successive analisi di laboratorio 447 soggetti. I test ematochimici (test da carico orale di glucosio da 75 grammi, HbA1c) eseguiti hanno consentito di classificare i 447 soggetti esaminati in questo modo: 60 con diabete (13,5%), 171 (38,2%) con prediabete e infine 216 (48,3%) non diabetici. **Nessuno dei 231 soggetti diabetici o prediabetici conosceva il loro stato rispetto a questa malattia.** Ottantuno (81) soggetti con prediabete hanno accettato di iniziare un

programma di modifica degli stili di vita. Dopo un anno, a seguito di accertamenti diagnostici di laboratorio, su questi 81 soggetti con prediabete, 5 (6,2%) hanno avuto una evoluzione verso il diabete; 42 (51,8%) rimanevano prediabetici e 34 (42%) hanno dimostrato valori normali di glicemia a digiuno e dopo carico orale di glucosio ed emoglobina glicata, in pratica sono tornati soggetti normali. Una dimostrazione concreta che i programmi di screening, rapidi, a basso costo adottati e l'applicazione di semplici regole comportamentali possono costituire armi molto efficaci per combattere questa epidemia. Simili risultati sono stati ottenuti più recentemente in altri analoghi studi.

Analogamente a quanto osservato nel diabete, la identificazione dei soggetti a rischio di malattia e la prevenzione della sua comparsa attraverso modificazione strutturata degli stili di vita è oggi possibile in vari ambiti e riguarda patologie di grande impatto sociale ed economico.

Alla luce di questi fatti emerge chiaramente la necessità di far sì che: 1) la modifica degli stili di vita non sia più solo un consiglio del medico curante ma una *prescrizione vera e propria*; 2) tale modifica avvenga in modo strutturato secondo procedure ben codificate e controllate ad opera di un professionista; 3) solo una *compliance* dimostrata in modo oggettivo da questi professionisti consenta di accedere a prestazioni successive gratuite (ad esempio prescrizione di statine a scopo preventivo) (vedi *Allegato*).

Questa nuova impostazione della sanità implica che deve nascere nei cittadini, iniziando dai medici, un'ampia consapevolezza e condivisione del nuovo paradigma e dei nuovi modi di operare la sanità, devono essere redatte norme e procedure idonee a realizzarle, devono essere create nuove figure professionali capaci di gestire, controllare e certificare tali procedure e la loro osservanza (ad esempio esperti di gestione dei gruppi di movimento), ma - molto più difficile - devono essere fissate regole che riducano l'invasione di alcune tecniche di marketing commerciale e che diano spazio e risorse al marketing sociale, ossia alle tecniche capaci di convincere i cittadini ad abbandonare stili di vita non salutari (fumo, alimentazione impropria, sedentarietà) a favore di quelle salutari. Un simile percorso è innanzitutto culturale e deve vedere in primo piano il Ministero della Salute (nella sua funzione primaria ed esclusiva di definire i principi per la tutela della salute), ma anche tutti i livelli di governo, le associazioni professionali e di impresa, il volontariato, nel nome dell'interesse collettivo, e del suo Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre ai fini di arrestare o invertire i processi patologici che portano alla malattia nei soggetti apparentemente sani, però, la **Medicina di Iniziativa** trova spazio anche in alcune patologie onde ridurre o rallentare il loro aggravamento: ad esempio nei pazienti che hanno avuto un primo scompenso acuto di cuore per evitare le recidive.

Per iniziare questo percorso di **Medicina di Iniziativa** proporrei 2 ambiti:

1. **Nel presunto sano.** Identificare i soggetti con prediabete (o con fattori di rischio per diabete)
2. **Trattare il prediabete** con:
 - a) movimento fisico strutturato (prescritto e non solo suggerito dal Medico) e gestito e documentato da professionisti delle attività motorie anche con l'ausilio di *device* portatili, che consentono di documentare il raggiungimento degli obiettivi già fissati;
 - b) calo di peso.

Solo dopo aver documentato l'impegno del paziente a muoversi adeguatamente e perdere peso, il medico considererà se prescrivere statine a scopo preventivo.

Da rilevare a margine di queste iniziative la stretta collaborazione tra medicina territoriale e ospedaliera, che costituisce attraverso la continuità di cura un enorme valore sociale ed economico.¹

CONCLUSIONI

Le sperimentazioni nei vari ambiti della Medicina d'Iniziativa dovranno essere completate prima del loro trasferimento su grande scala, e le valutazioni di efficacia dovranno essere affiancate da quelle di tipo economico e delle complicazioni impreviste. I campi da esplorare sono numerosi: il movimento muscolare come terapia organizzata e gestita da specialisti su prescrizione dei medici per contenere la patologia cardiovascolare, l'ipertensione, il diabete di tipo 2, la depressione grave, l'osteoporosi e l'osteoartrosi si affiancano ad iniziative di miglioramento dei servizi sanitari come la continuità di cura alla dimissione ospedaliera con affidamento alle cure territoriali e in particolare alla Casa della Salute, agli interventi proattivi delle équipes mediche per migliorare la *compliance* al trattamento ipotensivo, al controllo del diabete, alla prevenzione secondaria degli incidenti cardio-cerebrovascolari ecc. Legare la prescrizione medica gratuita alla *compliance* del paziente è un importante passaggio culturale ed economico del SSN, che non può continuare a fornire gratuitamente tutto a tutti. Sono necessari paradigmi e regole nuove e fra queste in particolare la corresponsabilizzazione dei cittadini al mantenimento della loro salute. Non è più pensabile che la modificazione degli stili di vita che tanto incidono nel prevenire o rallentare le pluripatologie croniche non diventino tassative prescrizioni e che si accetti che il paziente supplisca con costosi farmaci ai suoi eccessi alimentari, alla patologia broncopolmonare indotta dal fumo di tabacco o alle conseguenze di una

¹ Miani C, Winpenny. *Can hospital services work in primary care settings?*
<http://blogs.bmj.com/bmj/2016/06/02/can-hospital-services-work-in-primary-care-settings/>

manca di movimento ma altresì ad una patologia indotta da attività ludiche e sportive che il cittadino decide di intraprendere per proprio divertimento. Uno stile di vita appropriato deve diventare una prescrizione tassativa e rispettata dal paziente se questi vuole ricevere gratuitamente alcuni servizi erogati dal SSN. Una valutazione ben fatta di queste ed altre iniziative non può richiedere meno di cinque anni ma non può parimenti fare a meno di un piano ben costruito e di *Demonstration projects* che a loro volta devono derivare da una collaborazione leale e costruttiva fra lo Stato e le Regioni. Se questo tipo di interventi non sarà peraltro sufficiente, i rimedi saranno di necessità più indigesti. In UK già si fa avanti il principio che il SSN non può essere il meglio per tutto e per tutti dalla culla alla tomba, ma un servizio di buon livello capace di assicurare a tutti i cittadini interventi di tutela della salute indispensabili e di provata costo-efficacia.² Se questa tesi prendesse corpo anche in Italia si dovrebbe ripensare i LEA definendo quelli *indispensabili*, e quindi in modo più restrittivo, con verifiche serrate sui bisogni della popolazione e sugli erogatori dei servizi sanitari. Scenari come si vede che suggeriscono oggi agli uomini di governo avveduti di avviare al più presto percorsi nuovi e meno dispendiosi per evitare sacrifici assai più seri e impopolari in un futuro non lontano.

ALLEGATO

² Oliver D. *Which health system?* BMJ 2016; 352: i1848

2.1. Il movimento fisico come medicina

Se i medici si limitano a consigliare agli assistiti di camminare velocemente e sistematicamente, la gran parte di essi non lo farà. Lo ha sperimentato il Dott. David Sagbir, medico di Columbus, Ohio, che nel 2005 ha allora deciso di costituire un gruppo di cammino e camminare con i suoi pazienti. L'iniziativa denominata *'Walk with a Doc'* (camminare con un dottore) ha avuto un grande successo e ha indotto a partecipare con regolarità anche sedentari incalliti (Abbasi J. *As walking movement grows, neighborhood walkability gains attention*. **JAMA**, 316, 382 – 83, 2016).

Oggi esistono circa 250 gruppi di cammino in Ohio, che impegnano 3.000 medici e 200.000 assistiti in una regolare attività di cammino veloce. Questi gruppi, oltre che far bene alla loro salute fisica, hanno contribuito grandemente a migliorare l'ambiente denunciando e correggendo le manchevolezze del territorio all'intorno, come la sicurezza dei marciapiedi e delle strade nei parchi. Il cammino organizzato e guidato, con i suoi 150 minuti settimanali (minimo) di attività fisica aerobica medio – intensa, è il modo più semplice e piacevole di prevenire le complicazioni della vita moderna, causate dall'alimentazione eccessiva e dalla sedentarietà. E' però importante che le comunità rendano più disponibili, attraenti e piacevoli le aree dove si cammina, perché anche questo è un fattore fondamentale.

Importante è anche l'attenzione della ricerca scientifica sugli aspetti fisiopatologici che fanno del movimento fisico una vera medicina. Infine l'organizzazione sanitaria deve mettere in atto tutti quei meccanismi che favoriscono questa nuova medicina invece della mera assunzione di farmaci (quali ipotensivi, statine, anti-depressivi, dimagranti, ipoglicemizzanti, ecc).

Su questo punto di miglioramento della salute, legato ad un ambiente che favorisca il cammino è intervenuto nel 2015 il Dipartimento USA per la Salute e i Servizi Umani con il documento *'Step it Up'*. Tutto questo sta generando in USA un fiorire di iniziative dove la Sanità si estende a collaborare con l'ambiente, i trasporti, la sicurezza stradale, i parchi e la loro vivibilità, i divertimenti e altre discipline. Recentemente due importanti organizzazioni (*The President's Council of Fitness, Sports and Nutrition* e la *National Foundation on Fitness, Sports and Nutrition*) hanno unito i loro sforzi per realizzare una campagna (#Oto60) indirizzata alle scuole per far sì che i ragazzi facciano attività fisica per 1 ora al giorno e mangino meno e meglio (Abbasi J. *New campaign to focus on physical activity and nutrition*. **JAMA** 316, 384, 2016).

Da ultimo, il Governo americano tramite il Segretario di Stato per la Sanità, Sylvia Burwell, ha previsto di finanziare nell'ambito dell'*Accountable Care Act 2010* programmi di attività fisica strutturati e certificati (anche grazie ai *device* portatili) per la prevenzione del diabete di tipo 2: il target, in particolare, è il prediabete che si è dimostrato essere in parte regredibile associando la riduzione del peso corporeo al movimento fisico, organizzato e gestito secondo un manuale appositamente preparato.

Anche in Italia le cose si stanno muovendo, ma siamo ancora lontani dall'organizzazione americana. Tuttavia sta prendendo corpo uno sforzo che vede impegnati molti medici di famiglia, alcuni IRCCS e la Direzione della Ricerca del Ministero della Salute.

La speranza è che l'iniziativa si allarghi e generi attenzione in ambiti sempre più ampi del Paese, nell'interesse della salute pubblica e ambientale.

3. GLI STANDARD DELLE PRESTAZIONI IN SANITÀ

Il Servizio Sanitario Nazionale è alimentato da risorse derivanti da varie voci di tasse e imposte. La maggior parte di questi finanziamenti afferisce alle Regioni che, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, hanno di fatto l'esclusiva della organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari nel loro territorio. Questa pressoché totale autonomia regionale ha fatto sì che i Servizi Sanitari organizzati dalle Regioni avessero tra loro cospicue differenze circa la quantità, la qualità e il costo dei servizi erogati; ciò ha costituito, in molte aree, la causa principale della migrazione dei cittadini verso altre regioni al fine di ottenere prestazioni migliori e più sollecite. Inoltre alcune Regioni hanno utilizzato i fondi sanitari anche per coprire altri settori della spesa pubblica e ciò ha comportato a sua volta una riduzione della qualità e della quantità dei Servizi Sanitari erogati.

Per porre un rimedio a queste disuguaglianze e ai disagi che esse provocano ai cittadini è necessario stabilire degli standard di quantità, qualità e costo dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) ossia delle prestazioni sanitarie erogate a spese della finanza pubblica. Questo è stato 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 per il 2005). In altri termini la legge prevede che in ogni area del Paese vengano erogati Servizi Sanitari che rispondono a requisiti minimi e massimi di quantità, di qualità e di costo: ad esempio lo standard definisce che l'intervento di bypass aorto-coronarico debba essere erogato in misura di non meno di 200 interventi per anno per milione di abitanti e che la sopravvivenza a 30 giorni debba essere superiore al 99%, con un costo che non superi € 4.000.* La definizione degli standard dovrebbe toccare al Ministero della Salute, cui compete anche di verificare con il suo servizio ispettivo e con la collaborazione delle associazioni di pazienti che gli standard vengano applicati e, nel caso ciò non accada, il Ministero dovrebbe intervenire con misure correttive.

La metodologia per definire gli standard parte dalla valutazione della realtà, lavoro che è stato fatto da *Marco Campari* per conto del Ministero della Salute nel 2007 (confronta: M. Campari. *La variabilità dei consumi*, riportato in G. Sirchia: *"Spunti per una sanità migliore". Appendice A - girolamosirchia.org*). Il lavoro tuttavia non è stato compiuto e non è più stato ripreso questo concetto fino ad oggi. Se si addivenisse alla realizzazione e controllo degli standard di quantità, qualità e costo dei Servizi Sanitari, i divari tra le Regioni sarebbero ridotti, non si verificherebbe più la riduzione impropria dei Servizi Sanitari erogati in alcune Regioni, la qualità sarebbe sotto controllo e anche il costo diverrebbe standard, eliminando quei divari per cui, ad esempio, un presidio sanitario costa in alcune aree del Paese il doppio di quanto pagato da altre ASL.

* **Nota.** Il costo dell'infarto miocardico nel 2008 è stato in USA di \$ 6.000 (€ 4.300) comprese le complicanze a 30 gg. (Rosky DS et al. *Growth in medicare expenditures for patients with acute myocardial infarction. A comparison of 1998 through 1999 and 2008.* Jama Int Med **173**, 2055-61, 2013).

Questo in realtà sta accadendo per i costi: i costi standard, di cui si sta discutendo, altro non sono che l'applicazione del principio suddetto alla valutazione economica. Tuttavia non si parla ancora di standard di quantità e qualità, che sono assolutamente indispensabili per garantire il *value for money* e, con esso, che ogni cittadino, ovunque viva, goda degli stessi diritti in termini di assistenza sanitaria.

4. La Presa in Carico: il Nuovo Sistema di Cura del Cronico in Lombardia

La Delibera della Regione Lombardia n. X/6551 del 4 maggio 2017 per la presa in carico dei pazienti cronici costituisce una svolta vera perché traccia **un modello di cura della cronicità** raccomandato da tutti i maggiori Organismi internazionali. La cronicità ha bisogno di un'organizzazione gestita che accompagni il paziente in un **percorso di assistenza individualizzata** e gli impedisca di essere come oggi vittima di un sistema pensato per l'acuto e incapace di assicurare **continuità di cura e coniugazione del Sanitario con il Sociale**.

Facciamo l'esempio di un iperteso diabetico che sviluppa un ictus. Viene ricoverato in *Stroke Unit* e poi dimesso. Dove va? Se privo di disabilità o con disabilità minori torna a casa e dal suo Medico di famiglia. Se ha disabilità più gravi (afasia, paresi, disturbi cognitivi) chi gli garantisce il monitoraggio della pressione arteriosa, la riabilitazione cognitiva e motoria, il monitoraggio e la cura del diabete? Oggi è lui stesso o i suoi famigliari, che senza conoscere quali interventi sono necessari, corrono da destra a manca per prenotare ed eseguire tutti gli accertamenti necessari che sono suggeriti dal medico o dai medici interpellati. Nel modello lombardo un *case – manager*, collegato con il medico curante e con Centri ospedalieri (Centro diabetici, riabilitazione), disegna il percorso e si fa carico di prenotare e ottenere il contatto giusto al momento giusto. Il *case - manager* deve far parte di una “*Casa della Salute*” o Gestore, aperta al paziente tutto il giorno per consentirgli l'accesso in ogni momento. Il paziente e la sua famiglia non devono mai sentirsi soli. La Cooperativa dei Medici di Famiglia è il Gestore ideale e si collega con l'ospedale o altra struttura che siano operativi nel territorio di competenza e sufficientemente vicine al malato. Auspico che anche le RSA, gli Istituti di Riabilitazione e le Strutture di Solievo entrino in questa rete governata dal Medico di famiglia e diventino gratuite, giacché oggi esse sono in parte a carico del paziente e questo non sempre ha disponibilità economiche. E' tempo che assistenza sanitaria e sociale vengano davvero riunite e gestite da un unico Ente.

Purtroppo all'applicazione pratica di questo nuovo sistema di cura lombardo è mancato il tempo per una prova di fattibilità e per il progressivo coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari. Ciò ha indotto metà dei Medici di famiglia a non aderire al nuovo sistema e ha costretto la Regione a identificare il Gestore con un ospedale anziché con le Cooperative dei Medici di famiglia. Io vedo questa soluzione come un tempo di passaggio che cesserà appena il sistema entrerà a pieno regime. I suoi vantaggi sono talmente tanti che saranno i pazienti cronici stessi ad esigerlo ed interesse dei medici ad adottarlo, anche per non perdere i pazienti. In tale momento ognuno degli attori (pazienti, medici di famiglia, ospedali, altre strutture sanitarie e sociali) avranno il loro spazio d'azione ben identificato e il sistema di cura diventerà più efficace e anche più conveniente. A questo fine tuttavia non dovrà tardare anche un Piano di prevenzione della cronicità di basso costo (ad esempio lo *Screen and Treat* per il diabete di

tipo 2), strutturato in modo da evitare che il carico dei cronici continui a crescere e diventi insostenibile a causa degli stili di vita non salutari della popolazione.

5. I PRESIDI OSPEDALIERI DEL TERRITORIO (POT)

Per anni si è tentato con poco successo di chiudere i piccoli ospedali. Forse è un bene che ciò non sia avvenuto giacché essi potrebbero diventare un presidio sanitario della medicina territoriale prevalentemente rivolto alla cura dei cronici e degli anziani anziché dei pazienti acuti. Per quest'ultima funzione essi non sono indicati, in quanto necessariamente sprovvisti di quelle competenze e tecnologie che oggi il trattamento degli acuti richiede, e che devono essere concentrate in pochi ospedali avanzati di riferimento, ma possono assolvere al compito di offrire al proprio territorio e ai medici della medicina primaria i seguenti servizi:

1. mettere a disposizione dei medici generalisti di zona alcuni letti per il ricovero di pazienti (per lo più anziani) che richiedono cure di bassa intensità e collegarsi con uno o alcuni ospedali di riferimento per offrire letti di bassa intensità di cura per dimissione protetta evitando così che entro poco tempo (30 gg) vi siano nuovi ricorsi ai Pronto Soccorso (PS) ed eventuali nuovi ricoveri, notoriamente perniciosi per i costi e per l'intasamento dei PS;
2. includere una *Casa della Salute* per i cronici dotata di *Unità di valutazione* multidimensionale atta a redigere piani di cura individuali per i pazienti, gestiti da *case – manager* che seguano in modo proattivo ogni paziente per assicurargli in ogni momento la prestazione sanitaria appropriata e la continuità della cura;
3. eventualmente un *walk-in center* che possa fungere da presidio ambulatoriale di diagnosi e cura aperto almeno 16 ore al giorno che possa essere di sostegno ai Medici di Medicina Generale (MMG) come *second opinion*, approfondimento diagnostico, guardia medica negli orari in cui gli studi sono chiusi o semplicemente un presidio medico per coloro che provengono da altri luoghi o desiderano comunque una prestazione sanitaria anche a pagamento.

Nei Presidi Ospedalieri di Territorio (POT) potrebbero operare, a seconda dell'opportunità, medici generalisti e specialisti territoriali o medici dipendenti. Sarebbe a mio avviso opportuno si consentisse una carriera per i medici dei POT, prevedendo vari livelli di responsabilità della dirigenza e chiedendo all'Università di istituire posizioni accademiche per la medicina generale, estremamente utile per consentire a quest'ultima quelle attività di didattica e di ricerca che sappiamo strettamente connesse al progresso medico.

Per il buon collegamento di questi POT con gli ospedali di riferimento sarebbe utile anche sperimentare in questi ultimi l'istituzione di interfacce quali l'*hospitalist* (o internista coordinatore dei processi di diagnosi e cura dei pazienti ricoverati, in dialogo continuo con i POT e i medici generalisti soprattutto per la dimissione), o analoga figura di tipo infermieristico dirigente, interazione indispensabile per evitare l'attuale frazionamento delle cure, la inutile ripetizione di indagini strumentali e di laboratorio, l'assommarsi di prescrizioni farmaceutiche che sono spesso causa a loro volta di scarsa *compliance* del paziente alle cure, ecc.

Questo flessibile impianto organizzativo consente anche la partecipazione del privato alla gestione dei POT, e quindi la possibilità di ampliare e migliorare ulteriormente le loro funzioni, a tutto vantaggio della medicina territoriale che, da anni, andiamo sostenendo debba essere migliorata e potenziata.

6. DARZI CENTERS O WALK-IN CENTRES

La Regione Lombardia ha realizzato uno di questi Centri a Milano, in via Rugabella, in occasione dell'Expo 2015. Esso si propone di offrire un servizio di diagnosi e cura per le persone che visitano Milano provenienti da altre città, per i milanesi che desiderano una visita medica quando è loro più comodo e in genere per tutti coloro (medici generalisti o cittadini) che vogliono una *second opinion*. Questa struttura deve operare idealmente dalle 8 alle 24 ogni giorno della settimana e deve disporre in loco o tramite Pronta Disponibilità di internista (o generalista), chirurgo generale ed eventualmente anestesista e di altri vari servizi specialistici, nonché di laboratorio di ematochimica d'urgenza e bioimmagine con variazioni dettate di volta in volta dalla collocazione del presidio. La indispensabile presenza di specialisti in questo Poliambulatorio-Guardia Medica comporta la realizzazione di studi medici dedicati nonché la disponibilità di strumentazione diagnostica specifica, che per ridurre i costi si dovrebbe utilizzare nell'arco della giornata, non solo per le prestazioni sanitarie urgenti, ma anche per assistenza ambulatoriale ordinaria.

Il personale dovrebbe essere in prevalenza convenzionato o dipendente dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) e derivare dall'accorpamento e riordino della rete ospedaliera (previsto dalla Regione Lombardia). Ciò non toglie che si possa e si debba impiegare anche altro personale operante nel SSR in base alle necessità in una logica di multidisciplinarietà e multispecialità. Il Poliambulatorio-Guardia Medica deve essere gestito da un Direttore di dimostrata capacità ed esperienza manageriale in ambito sanitario, coadiuvato da personale sanitario e amministrativo esperto.

Il carico di lavoro di ogni simile struttura si stima possa aggirarsi intorno ad almeno 3.000 pazienti al mese. Potrebbe essere utile se essa disponesse di una Astanteria oltre che di uno stretto collegamento con Ospedali per il Pronto Soccorso e le eventuali degenze. Importante anche che esso sia dotato di uno sportello amministrativo per il disbrigo di pratiche inerenti.

Questi Poliambulatori-Guardia Medica sono ispirati ai cosiddetti "*Darzi walk-in centres*"³ realizzati in Inghilterra, specie a Londra nel 2008 dall'allora Segretario di Stato per la Sanità Lord Ara Darzi. Questi *walk-in centres*, che sono molto comuni anche negli USA, hanno avuto un grande successo presso il pubblico, con un'affluenza quasi 3 volte superiore rispetto a quella prevista e con un costo medio di 1,1 milione di Sterline/anno, cioè assai più elevato di quanto preventivato⁴. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che a Londra solo una parte degli utenti paga la prestazione, giacché questa è gratuita per i pazienti che si sono registrati per le cure primarie presso questi centri anziché presso gli studi dei medici generalisti. Proprio per questo nel nostro modello prevediamo che i Poliambulatori-Guardia Medica siano accessibili a tutti i cittadini previo pagamento senza esclusioni di un ticket di 50 Euro che copra i maggiori

³ Healthcare for London. A framework for action (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>)

⁴ Torjesen I. Monitor investigates reasons behind closure of "popular" Darzi walk-in centres. BMJ 2013;346:f3570

costi di gestione, la formazione continua del personale, le attività di valutazione di qualità, efficacia e costo.

A fine 2013 il Premier britannico *David Cameron* ha riproposto in via sperimentale l'accesso esteso (12 ore al dì 7 giorni su 7) alle prestazioni di Medici Generalisti, ricalcando l'iniziativa di *Ara Darzi*⁵.

⁵ BMJ 2013;347:f5949

7. RIPENSARE E VALORIZZARE GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Fin dal mio insediamento al Ministero della Salute nel giugno 2001, tra i problemi posti alla mia attenzione, vi era quello dei *Centri di Riferimento* che l'Unione Europea (UE) metteva all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri Europei della Sanità. Si sollecitava in altri termini la UE ad identificare ospedali di alta qualificazione che attirassero in una o più discipline mediche una numerosa casistica così da concentrarla e consentire il progresso delle conoscenze, dell'*expertise* medico e dei vantaggi economici alle strutture migliori.⁶ Il progetto era fortemente sostenuto dalla sanità francese nella figura del ministro Dottor Bernard Kushner il cui dichiarato obiettivo era di fare della Francia la cittadella sanitaria avanzata dell'UE, capace di potenziare la ricerca clinica, la qualità della diagnosi e cura, lo sviluppo di nuove tecnologie e, di conseguenza, la possibilità di acquisire fondi sia pubblici che privati: La Francia peraltro era già orientata in questo senso fin dagli anni Ottanta quando a Lione il Professor Dubernard, chirurgo e politico di fama, aveva realizzato nel suo ospedale un centro di attrazione internazionale per il trapianto di organi. Nel corso dei Consigli dei Ministri successivi non tardai a rendermi conto del valore strategico di questa iniziativa, che sarebbe stato ottimo anche per l'Italia che già disponeva di strutture deputate alla ricerca clinica e all'assistenza sanitaria di eccellenza, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Tuttavia era a mio avviso indispensabile definire i criteri per classificare come riferimento di ricerca e di cura degli ospedali e quindi, in particolare, la misura della loro qualità di entrambi gli ambiti per le discipline proposte. Ciò era a mio avviso indispensabile per evitare che i riconoscimenti venissero effettuati con criteri non oggettivi; lo stesso ragionamento però valeva anche per i nostri IRCCS, i cui contorni non erano ben scolpiti e si prestavano a non poche critiche. Per questi motivi ritenni utile riordinare gli IRCCS e redigere la legge 288/2003. Gli obiettivi ideali della *legge di riordino* erano molteplici:

1. doveva trattarsi di strutture di ricerca clinica e ricovero di valenza nazionale. Questi *hub*, collegati in rete e finanziati in modo adeguato, avrebbero servito tutte le Regioni italiane offrendo prestazioni di particolare valore a tutti i malati ovunque risiedessero e a tutti gli Ospedali del Servizio Sanitario Nazionale (*spoke*);
2. oltre al servizio alla popolazione una concentrazione di pazienti, di ricercatori, di medici, di conoscenze avrebbe potuto rappresentare un richiamo di risorse intellettuali ed economiche pubbliche e private anche dall'estero. Il richiamo di cervelli è in particolare fondamentale, così come lo sono i rapporti di collaborazione internazionale e i relativi grant;
3. i nuovi IRCCS sarebbero stati pubblici o privati, in quanto il riconoscimento dei requisiti effettuato dall'UE sarebbe stato finalizzato a definire l'eccellenza indipendentemente dallo stato giuridico. Tuttavia non si può ignorare che le regole della Pubblica Amministrazione (PA) che governano le strutture pubbliche italiane costituiscono per

⁶ Legio – Quigley H, et al. *Patient mobility in the European Union*. BMJ 2007; 334: 188 - 190

loro un grave handicap nella competizione con i privati e con gli altri Paesi. Essi quindi sarebbero stati trasformati in Fondazioni di diritto privato, che avrebbero consentito di mantenere in Consiglio di Amministrazione i referenti della sanità pubblica insieme a rappresentanti di altri interessi pubblici o privati. Al personale dipendente sarebbe stato consentito di mantenere lo status di pubblico dipendente ad esaurimento, ma sarebbe stato altresì utilizzato il diritto privato per il personale di nuova assunzione (o che ne avesse fatto richiesta) con contratti nuovi e più interessanti: ad esempio, nuove figure di ricercatore clinico, di addetti al trasferimento dell'invenzione al mercato, ecc. Una flessibilità ed un'autonomia imprenditoriale delle strutture pubbliche che faceva tesoro delle esperienze descritte in *Reinventing Government* di Osborne e Gaebler⁷ che riportava i buoni risultati ottenuti in USA dalla cosiddetta *Amministrazione Pubblica Imprenditoriale* disegnata da Al Gore;⁸

4. le reti di strutture specialistiche avrebbero potuto fare riferimento per la parte tecnica all'Istituto Superiore di Sanità e per la parte politica ad una direzione nazionale mista Stato – Regioni;
5. queste reti di strutture avrebbero servito anche la medicina territoriale collaborando con Medici di Medicina Generale (MMG) sia per la diagnosi e il ricovero dei pazienti, sia per la continuità di cura alla dimissione e il riammissione alla Casa della Salute e ai MMG in una logica di Medicina di Iniziativa riportato nell'Allegato 1, sia coinvolgendo i MMG nella ricerca clinica e nella sperimentazione farmaceutica o dei *device* di telemedicina. Importante infine la collaborazione degli IRCCS con le Università e altri Istituti di ricerca italiani o stranieri, pubblici o privati.

La proposta di legge di riordino degli IRCCS trovò grande consenso in molte istituzioni del Paese, ma un primo scoglio venne alla luce quando la Regione Emilia Romagna si oppose alla trasformazione degli IRCCS pubblici in fondazioni, e trascino altre regioni nella richiesta che fosse lasciata alle regioni la possibilità di non effettuare tale trasformazione per gli IRCCS presenti sul loro territorio. Alla Camera, peraltro, passò un emendamento che aggiungeva alla trasformazione in Fondazioni la precisazione "di diritto pubblico", vanificando in tal modo quelle possibilità di gestione "imprenditoriale" di una struttura pubblica. Infine la stessa regione Emilia Romagna, unitamente alla Regione Sicilia e alle Marche, dopo la promulgazione della legge 288/2003 con le modifiche suddette, fece ricorso alla Corte Costituzionale contro l'impostazione della legge stessa alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione che prevede una quasi esclusiva competenza delle regioni nella sanità anche se si tratta come negli IRCCS di strutture deputate alla ricerca sanitaria. La Corte con sentenza n. 270/2005 (Allegato 2), pur riconoscendo il valore e l'utilità di riformare gli IRCCS stabili che i loro statuti erano competenza regionale e ogni regione aveva il diritto/dovere di redigerli.

⁷ Osborne D, Gaebler T. *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Plume 1992. La traduzione Italiana è edita da Garzanti, 1993, con il titolo "Dirigere e governare. Una proposta per reinventare la Pubblica Amministrazione.

⁸ 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.

Questi tre scogli hanno di fatto affondato la legge 288/2003, giacché l'hanno privata dei principali obiettivi che l'avevano generata. L'Italia ha così perso, a mio avviso, la possibilità di mettere in campo quelle strutture di eccellenza capaci di assicurare a tutti pazienti italiani cure avanzate, alla ricerca clinica una spinta in avanti e una traslazione alla cura e al mercato, alla medicina territoriale un sostegno e un coinvolgimento prezioso per la continuità di cura nel contesto del nuovo paradigma di *Medicina di Iniziativa*. Non abbiamo colto la possibilità di realizzare un prototipo di PA Imprenditoriale, di concentrare le casistiche e le risorse culturali ed economiche richiamandone anche da altri Paesi. In una parola non abbiamo sfruttato una opportunità che oggi si sarebbe rivelata preziosa anche per contribuire ad alleviare la crisi economica e la perdita di giovani intelligenze che non trovano in Italia ciò che altri Paesi sanno offrire.

PROPOSTA

Regione Lombardia, in ragione del fatto che quasi metà dei 49 IRCCS italiani risiedono nel suo territorio e consapevole dei limiti dimostrati dalla legge 288/2003, promuove nel contesto della Conferenza Stato – Regioni una proposta di revisione di tale legge, che contempli il suo miglioramento e in particolare ne potenzi gli spazi e i meccanismi di azione. In particolare potrebbero essere migliorati i seguenti punti strategici:

1. la valenza nazionale di questi Istituti e delle loro reti, con apertura alle più ampie collaborazioni di servizio (specie con il territorio) e di ricerca clinica e traslazionale che siano accessibili a tutte le aree del Paese e dei cittadini che vi risiedono. Sarà fondamentale identificare come IRCCS solo gli Istituti che rispondano ai requisiti previsti del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 150 (convertito con modificazioni in legge del 8 novembre 2012, n. 184) e su cui sta lavorando la Direzione Generale della Ricerca del Ministero della Salute (Allegato 3);
2. la *governance* di tali Istituti pubblici con particolare riguardo alla loro vocazione di PA Imprenditoriale. Il CdA dovrebbe prevedere membri istituzionali nel ruolo di garanti dell'interesse pubblico ma anche rappresentanti di benefattori, di fondazioni private, di altri privati e di rappresentanti dei dipendenti, specie dei Capi di dipartimento. Dovrebbe essere compito del CdA nominare o rimuovere il Direttore generale e gli altri Direttori superiori;
3. essendo l'IRCCS un Istituto di forte connotazione professionale, gran parte dei poteri di organizzazione e gestione ordinaria dovrebbero essere delegati ai dipartimenti e ai loro direttori, in base a un budget negoziato con l'Amministrazione che preveda obiettivi di quantità, qualità e costo dei servizi erogati a fronte di risorse predefinite, un po' sul modello della Divisione Industriale, come più ampiamente discusso nell'Allegato 4;
4. è cruciale l'autonomia degli IRCCS pubblici, proprio di tipo imprenditoriale, affinché essi possano sfruttare tutte le loro grandi possibilità: i rapporti con il personale anche

straniero, l'internazionalizzazione e le relative collaborazioni, i rapporti con altri mondi accademici e imprenditoriali, l'agilità finanziaria e negli investimenti sono fondamentali per non impacciare i movimenti dell'IRCCS pubblico. Forse la forma giuridica più consona è la Fondazione di diritto privato, ma starà agli esperti del Gruppo per la revisione della 288/2003 stabilire l'impianto più consono. Importante è evitare che si proponga un riordino che lascia inalterati i vecchi mali della PA italiana.

IN CONCLUSIONE

Io credo che la rete degli IRCCS pubblici e privati, se ben concepita, può aggiungere valore alla qualità e quantità della sanità italiana e della ricerca sanitaria, ma anche essere motore di sviluppo economico e di internazionalizzazione di questi nostri Istituti, nonché strumento utile per formare i giovani e trattenere o attrarre in Italia le intelligenze.

Credo che sarebbe altamente meritorio se l'iniziativa di riforma della legge 288/2003 partisse dalla Regione Lombardia *nel segno della sua vocazione ad aprire la strada al futuro e coinvolgervi tutta la nazione.*

Mi rendo peraltro conto della difficoltà politica di intraprendere un percorso di riforma degli IRCCS, anche perché purtroppo ancora oggi e di frequente le posizioni del governo centrale e delle regioni sui rispettivi poteri in alcuni ambiti e su singoli provvedimenti divergono e non di rado esitano in contenzioso. Forse la proposta più sensata⁹ è di studiare quali miglioramenti sono possibili in Lombardia nell'ambito della legislazione attuale e della stessa legge 288/2003, che è rimasta in diverse parti inapplicata. Facciamo quel che è possibile perché, per poco che sia, sarà comunque un miglioramento per gli IRCCS e per la sanità italiana.

ALLEGATO 1 - LA SANITÀ PER IL PROSSIMO QUINQUENNIO IN ITALIA

ALLEGATO 2 – SENTENZA CONSULTA 270/2005

ALLEGATO 3 – CLASSIFICAZIONE IRCCS

ALLEGATO 4 – L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITA'

⁹ Lucchini E, Cajazzo L. *Comunicazione personale*, 2017

7.1. La Sanità per il prossimo quinquennio in Italia

Obiettivo strategico: migliorare la salute pubblica senza aggravio di spesa pubblica (oppure aumento del valore del denaro speso senza aumento di spesa pubblica)

Il 2017 si preannuncia come un anno difficile a livello europeo. Le elezioni in Francia, in Germania, in Olanda e in Italia offrono scenari non ben prevedibili. L'Unione Europea (UE) è inoltre in difficoltà per i conflitti interni ma soprattutto per il rischio di essere emarginata dalle nuove alleanze possibili in Medio Oriente (Iran, Russia, Turchia) e dalla crescita cinese, che continua una politica di espansione in UE e in Africa.

La crisi economica italiana è poi ancora marcata e l'azione di governo è per ora centrata a risolvere problemi politici interni più che a rilanciare l'economia. Né certo giova all'Italia una politica di poca simpatia con Stati Uniti e Russia che l'UE continua a perseguire. La disoccupazione italiana resta elevata, ma soprattutto grave è la situazione del Meridione italiano che stenta a migliorare: anche gli indicatori più recenti dicono che esistono due Italie con livelli di sviluppo molto distanti l'uno dall'altro. Il problema dell'immigrazione illegale tende a farsi più grave, gli investimenti italiani e stranieri non aumentano, le imprese sono soffocate da una tassazione eccessiva e da una intollerabile inefficienza della Pubblica Amministrazione. Anche l'esempio di Roma Capitale che non trova soluzione (e non ne può a mio avviso trovare) non dà dell'Italia una buona immagine. Molte aziende italiane dislocano alla ricerca di costi di produzione inferiori, ma aumenta in tal modo la disoccupazione in Italia; il vantaggio delle imprese vien così pagato dalla finanza pubblica italiana. Infine molte tra le migliori aziende italiane sono state vendute a gruppi stranieri, impoverendo di conseguenza il nostro Paese.

In una parola l'impressione che si genera è quella di un Paese che non riesce a costruire un piano serio e deciso per uscire dalle sue gravi difficoltà. In queste condizioni non è difficile prevedere che la sanità in Italia, ossia la qualità e quantità dei servizi sanitari erogati nelle varie regioni, non possa sperare in miglioramenti sostanziali, anche perché l'ampia autonomia regionale, non sempre accompagnata da adeguate capacità organizzativo – gestionali, ha fornito risultati spesso non soddisfacenti. Addirittura il Ministero della Salute sembra poter incidere sempre meno nell'assicurare equità e uguaglianza ai cittadini, per non citare le insufficienti attività di prevenzione primaria e secondaria e le azioni in favore della salute pubblica. Tutto ciò mentre l'evidenza scientifica internazionale sempre più dimostra che la medicina della

cronicità si impone con sempre più urgenza e che gli stili di vita salutari sono indispensabili per arrestare questa nuova ed enorme voce di spesa.

Alla luce di tutto questo molti ritengono che ci si debba oggi realisticamente concentrare su azioni di salute pubblica e promozione della salute che non comportino maggior spesa, ma anzi aumento di valori a minor costo. Tra queste iniziative proponiamo di seguito la cosiddetta **Medicina di Iniziativa**, ossia un diverso paradigma rispetto a quello tradizionale *che si propone di identificare e correggere i fattori di rischio che in una persona apparentemente sana preannunciano la più probabile comparsa di una malattia*, prima quindi che questa divenga conclamata e quindi *molto più costosa in termini di strumenti di diagnosi - cura – riabilitazione*. Interventi questi di *prevenzione primaria e secondaria* che hanno in più occasioni dimostrato di rappresentare un investimento ad alto ritorno economico e sociale.

La Medicina di Iniziativa

✓ Tra i motivi che rendono economicamente non sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale (e gli altri sistemi sanitari occidentali) vi è l'impostazione della sanità che da sempre si è occupata delle persone dopo che è comparsa la malattia (cosiddetta *medicina di risposta o reazione*). Con il rapido progresso dei mezzi di diagnosi e cura

(sempre più fini e costosi) e l'allungamento della vita media (con relativo carico di malattie croniche invalidanti) la spesa sanitaria è esplosa e rende necessario oggi un ripensamento di tale impostazione.

✓ Il nuovo paradigma della sanità consiste nell'identificare i soggetti apparentemente sani che rischiano di sviluppare la malattia così da intervenire precocemente in modo che il processo si arresti o regredisca. Tipico il processo che porta alla comparsa del diabete e dell'obesità in una parte della popolazione. Una volta comparso, il diabete di tipo 2 sviluppa complicanze estremamente impegnative sia dal punto di vista umano che economico.

Le complicanze del diabete sono varie: dalla malattia coronarica (ne soffre il 10% di coloro che hanno il diabete), alla retinopatia (il 34%), all'insufficienza renale (il 5 – 10% di coloro che hanno il diabete di tipo 2, ma il 30 – 40% delle persone con diabete di tipo 1), alla neuropatia (il 32%). Sono le complicanze che portano alla morte e che rappresentano il vero pericolo del diabete, che spesso si associa ad obesità (diabesità) e ipertensione arteriosa: oltre il 50% di coloro che hanno il diabete infatti muore a causa di problemi cardiovascolari e il 10 – 20% per insufficienza renale.

Il diabete è preceduto da una condizione clinica, chiamata *prediabete*, che è caratterizzata da assenza di sintomi soggettivi. Solitamente, la diagnosi clinica avviene con un ritardo medio di circa 5 anni. Durante questo periodo, se viene effettuata un'adeguata diagnosi precoce, è possibile intervenire con efficaci terapie preventive a basso costo attraverso interventi sullo stile di vita (dieta, esercizio fisico ecc) che possono arrestare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Durante il prediabete, elevati livelli di glucosio plasmatico agiscono su cuore, occhi, reni, nervi e vasi sanguigni, determinando un significativo aumento di complicanze. La comparsa silenziosa della malattia è un problema rilevante dal momento che le fasi precliniche del diabete non sono benigne e il 10 – 20% dei pazienti sviluppa complicanze prima della diagnosi clinica della malattia.

Da numerosi studi emerge chiaramente come la diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducano del 10 – 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15 – 55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica, perdita della vista, piede diabetico, ecc), riducendo drasticamente i ricoveri per le complicanze della malattia e, di conseguenza, gli alti costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Negli USA si stima che 82 milioni di cittadini è affetto da una condizione di prediabete e ciò ha stimolato recentemente il Presidente Obama a lanciare uno specifico programma di precoce identificazione sanitaria e di modifica degli stili di vita delle persone affette da questa condizione.

L'intervento americano è basato sui risultati di uno studio decennale *Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin* pubblicato su N Engl J Med 2002; 346:303 – 403 da parte del *Diabetes Prevention Program Group*. Il *Diabetes Prevention Program Outcome Study* è un programma del Governo americano Sylvia Mathews Burwell che prevede di utilizzare i risultati di questo studio per finanziare attraverso *Medicare*, e in accordo con l'*Affordable Care Act*, per la prima volta, programmi di intervento attivo per prevenire la progressione del prediabete a malattia conclamata. Tali programmi sono stati recentemente definiti e certificati per la loro efficacia attraverso il *Diabetes Preventive Programme* dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e sono basati sulla modifica degli stili di vita secondo una procedura dettagliatamente descritta.

Non mancano simili esperienze in Italia. Il FINDRISC (*Finnish Diabetes Score*) è un questionario semplice e a basso costo somministrabile da Medici di Medicina Generale (MMG) nel loro studio, oramai ben validato in Europa che prevede 8 domande sui principali fattori di rischio che si associano al diabete. I valori misurati con un semplice punteggio riassuntivo permettono, con alta probabilità, di classificare le persone e il loro rischio futuro di sviluppare diabete di tipo 2. E' attualmente in corso

lo studio DIAPASON finanziato dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Invernizzi, eseguito in collaborazione con i MMG riuniti nella CMMC (Cooperativa Medici Milano Centro). A questi medici è stata fornita una versione digitale del test FINDRISC modificata che ciascun medico ha inserito ed utilizzato nel proprio personal computer. Ciascun medico di medicina generale ha poi provveduto ad effettuare ai propri assistiti, di età maggiore di 40 anni, non affetti da diabete e malattie oncologiche, che accedono per qualsiasi motivo in modo casuale al proprio ambulatorio il test FINDRISC. I pazienti identificati dai medici di medicina generale in questo progetto sono stati a tuttora 1.504. Risultati: soggetti con punteggio maggiore di 9 (rischio di diabete) sono 938 (62,3%). Di questi sono stati sottoposti finora alle successive analisi di laboratorio 447 soggetti. I test ematochimici (test da carico orale di glucosio da 75 grammi, HbA1c) eseguiti hanno consentito di classificare i 447 soggetti esaminati in questo modo: 60 con diabete (13,5%), 171 (38,2%) con prediabete e infine 216 (48,3%) non diabetici. **Nessuno dei 231 soggetti diabetici o prediabetici conosceva il loro stato rispetto a questa malattia.** Ottantuno (81) soggetti con prediabete hanno accettato di iniziare un programma di modifica degli stili di vita. Dopo un anno, a seguito di accertamenti diagnostici di laboratorio, su questi 81 soggetti con prediabete, 5 (6,2%) hanno avuto una evoluzione verso il diabete; 42 (51,8%) rimanevano prediabetici e 34 (42%) hanno dimostrato valori normali di glicemia a digiuno e dopo carico orale di glucosio ed emoglobina glicata, in pratica sono tornati soggetti normali. Una dimostrazione concreta che i programmi di screening, rapidi, a basso costo adottati e l'applicazione di semplici regole comportamentali possono costituire armi molto efficaci per combattere questa epidemia.

✓ Analogamente a quanto osservato nel diabete, la identificazione dei soggetti a rischio di malattia e la prevenzione della sua comparsa attraverso modificazione strutturata degli stili di vita è oggi possibile in vari ambiti e riguarda patologie di grande impatto sociale ed economico.

✓ Alla luce di questi fatti emerge chiaramente la necessità di far sì che: 1) la modifica degli stili di vita non sia più solo un consiglio del medico curante ma una *prescrizione vera e propria*; 2) tale modifica avvenga in modo strutturato secondo procedure ben codificate e controllate ad opera di un professionista; 3) solo una *compliance* dimostrata in modo oggettivo da questi professionisti consente di accedere a prestazioni successive gratuite (ad esempio prescrizione di statine a scopo preventivo) (vedi *Allegato 1*).

Questa nuova impostazione della sanità implica che deve nascere nei cittadini, iniziando dai medici, un'ampia consapevolezza e condivisione del nuovo paradigma e dei nuovi modi di operare la sanità, devono essere redatte norme e procedure idonee a realizzarle, devono essere create nuove figure professionali capaci di gestire, controllare e certificare tali procedure e la loro osservanza (ad esempio esperti di

gestione dei gruppi di movimento), ma - molto più difficile - devono essere fissate regole che riducano l'invasione di alcune tecniche di marketing commerciale e che diano spazio e risorse al marketing sociale, ossia alle tecniche capaci di convincere i cittadini ad abbandonare stili di vita non salutari (fumo, alimentazione impropria, sedentarietà) a favore di quelle salutari. Un simile percorso è innanzitutto culturale e deve vedere in primo piano il Ministero della Salute (nella sua funzione primaria ed esclusiva di definire i principi per la tutela della salute), ma anche tutti i livelli di governo, le associazioni professionali e di impresa, il volontariato, nel nome dell'interesse collettivo, e del suo Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre ai fini di arrestare o invertire i processi patologici che portano alla malattia nei soggetti apparentemente sani, però, la **Medicina di Iniziativa** trova spazio anche in alcune patologie onde ridurre o rallentare il loro aggravamento: ad esempio nei pazienti che hanno avuto un primo scompenso acuto di cuore per evitare le recidive o nella dimissione dei soggetti anziani e fragili dall'Ospedale per acuti onde affidarli alle cure territoriali (vedi *Allegato 2*).

Per iniziare questo percorso di **Medicina di Iniziativa** proporrei 4 ambiti, dei quali mi sto più attivamente occupando:

3. **Nel presunto sano.** Identificare i soggetti con prediabete (o con fattori di rischio per diabete)
4. **Trattare il prediabete** con:
 - c) movimento fisico strutturato (prescritto e non solo suggerito dal Medico) e gestito e documentato da professionisti delle attività motorie anche con l'ausilio di *device* portatili;
 - d) calo di peso

Solo dopo aver documentato l'impegno del paziente a muoversi adeguatamente e perdere peso, il medico considererà se prescrivere statine a scopo preventivo. Oggi questa prescrizione è senza freno e i costi sono elevati: un'inappropriatezza, questa, che può essere corretta.

5. **Monitorare i soggetti scompensati per diagnosticare precocemente a distanza l'aumento della massa ematica** (ed evitare così lo scompenso acuto che deve ricorrere al pronto soccorso):
 - a) ricezione del segnale (sensore applicato ai pazienti)
 - b) segnale di allarme al paziente
 - c) eventuale convocazione del paziente al centro cardiologico di riferimento.
6. **Piano assistenziale degli anziani fragili** (con *case manager*) (vedi *Allegato 2*).

Da rilevare a margine di queste iniziative la stretta collaborazione tra medicina territoriale e ospedaliera, che costituisce attraverso la continuità di cura un enorme valore sociale ed economico.¹⁰

CONCLUSIONI

Le sperimentazioni nei vari ambiti della Medicina d’Iniziativa dovranno essere completate prima del loro trasferimento su grande scala, e le valutazioni di efficacia dovranno essere affiancate da quelle di tipo economico e delle complicazioni impreviste. I campi da esplorare sono numerosi: il movimento muscolare come terapia organizzata e gestita da specialisti su prescrizione dei medici per contenere la patologia cardiovascolare, il diabete di tipo 2, la depressione grave, l’osteoporosi e l’osteoartrosi si affiancano ad iniziative di miglioramento dei servizi sanitari come la continuità di cura alla dimissione ospedaliera con affidamento alle cure territoriali e in particolare alla Casa della Salute, agli interventi proattivi delle équipes mediche per migliorare la *compliance* al trattamento ipotensivo, al controllo del diabete, alla prevenzione secondaria degli incidenti cardio-cerebrovascolari ecc. Legare la prescrizione medica gratuita alla *compliance* del paziente è un importante passaggio culturale ed economico del SSN, che non può continuare a fornire gratuitamente tutto a tutti. Sono necessari paradigmi e regole nuove e fra queste in particolare la corresponsabilizzazione dei cittadini al mantenimento della loro salute. Non è più pensabile che la modificazione degli stili di vita che tanto incidono nel prevenire o rallentare le pluripatologie croniche non diventino tassative prescrizioni e che si accetti che il paziente supplisca con costosi farmaci ai suoi eccessi alimentari, alla patologia broncopolmonare indotta dal fumo di tabacco o alle conseguenze di una mancanza di movimento ma altresì ad una patologia indotta da attività ludiche e sportive che il cittadino decide di intraprendere per proprio divertimento. Uno stile di vita appropriato deve diventare una prescrizione tassativa e rispettata dal paziente se questi vuole ricevere gratuitamente i servizi erogati dal SSN. Una valutazione ben fatta di queste ed altre iniziative non può richiedere meno di cinque anni ma non può parimenti fare a meno di un piano ben costruito e di *Demonstration projects* che a loro volta devono derivare da una collaborazione leale e costruttiva fra lo Stato e le Regioni. Se questo tipo di interventi non sarà peraltro sufficiente, i rimedi saranno di necessità più indigesti. In UK già si fa avanti il principio che il SSN non può essere il meglio per tutto e per tutti dalla culla alla tomba, ma un servizio di buon livello capace di assicurare a tutti i cittadini interventi di tutela della salute indispensabili e di provata

¹⁰ Miani C, Winpenny. *Can hospital services work in primary care settings?* <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/06/02/can-hospital-services-work-in-primary-care-settings/>

costo-efficacia.¹¹ Se questa tesi prendesse corpo anche in Italia si dovrebbe ripensare i LEA definendo quelli *indispensabili*, e quindi in modo più restrittivo, con verifiche serrate sui bisogni della popolazione e sugli erogatori dei servizi sanitari. Sarebbe lasciato almeno in parte alla responsabilità del cittadino l'assicurarsi a proprie spese per prestazioni più avanzate o non strettamente indispensabili e si potrebbe anche ripristinare una sorta di INAM estesa anche ai rischi della non autosufficienza che tendono a divenire sempre più marcati ed onerosi con l'avanzare dell'età media della popolazione e dei suoi stili di vita poco salutari. Scenari come si vede che suggeriscono oggi agli uomini di governo avveduti di avviare al più presto percorsi nuovi e meno dispendiosi per evitare sacrifici assai più seri e impopolari in un futuro non lontano.

¹¹ Oliver D. *Which health system?* BMJ 2016; 352: i1848

7.1.1. Il movimento fisico come medicina

Se i medici si limitano a consigliare agli assistiti di camminare velocemente e sistematicamente, la gran parte di essi non lo farà. Lo ha sperimentato il Dott. David Sagbir, medico di Columbus, Ohio, che nel 2005 ha allora deciso di costituire un gruppo di cammino e camminare con i suoi pazienti. L'iniziativa denominata '*Walk with a Doc*' (camminare con un dottore) ha avuto un grande successo e ha indotto a partecipare con regolarità anche sedentari incalliti (Abbasi J. *As walking movement grows, neighborhood walkability gains attention*. **JAMA**, 316, 382 – 83, 2016).

Oggi esistono circa 250 gruppi di cammino in Ohio, che impegnano 3.000 medici e 200.000 assistiti in una regolare attività di cammino veloce. Questi gruppi, oltre che far bene alla loro salute fisica, hanno contribuito grandemente a migliorare l'ambiente denunciando e correggendo le manchevolezze del territorio all'intorno, come la sicurezza dei marciapiedi e delle strade nei parchi. Il cammino organizzato e guidato, con i suoi 150 minuti settimanali (minimo) di attività fisica aerobica medio – intensa, è il modo più semplice e piacevole di prevenire le complicazioni della vita moderna, causate dall'alimentazione eccessiva e dalla sedentarietà. E' però importante che le comunità rendano più disponibili, attraenti e piacevoli le aree dove si cammina, perché anche questo è un fattore fondamentale.

Importante è anche l'attenzione della ricerca scientifica sugli aspetti fisiopatologici che fanno del movimento fisico una vera medicina. Infine l'organizzazione sanitaria deve mettere in atto tutti quei meccanismi che favoriscono questa nuova medicina invece della mera assunzione di farmaci (quali ipotensivi, statine, anti-depressivi, dimagranti, ipoglicemizzanti, ecc).

Su questo punto di miglioramento della salute, legato ad un ambiente che favorisca il cammino è intervenuto nel 2015 il Dipartimento USA per la Salute e i Servizi Umani con il documento '*Step it Up*'. Tutto questo sta generando in USA un fiorire di iniziative dove la Sanità si estende a collaborare con l'ambiente, i trasporti, la sicurezza stradale, i parchi e la loro vivibilità, i divertimenti e altre discipline. Recentemente due importanti organizzazioni (*The President's Council of Fitness, Sports and Nutrition* e la *National Foundation on Fitness, Sports and Nutrition*) hanno unito i loro sforzi per realizzare una campagna (#Oto60) indirizzata alle scuole per far sì che i ragazzi facciano attività fisica per 1 ora al giorno e mangino meno e meglio (Abbasi J. *New campaign to focus on physical activity and nutrition*. **JAMA** 316, 384, 2016).

Da ultimo, il Governo americano tramite il Segretario di Stato per la Sanità, Sylvia Burwell, ha previsto di finanziare nell'ambito dell'*Accountable Care Act 2010* programmi di attività fisica strutturati e certificati (anche grazie ai *device* portatili) per la prevenzione del diabete di tipo 2: il target, in particolare, è il prediabete che si è dimostrato essere in parte regredibile associando la riduzione del peso corporeo al movimento fisico, organizzato e gestito secondo un manuale appositamente preparato.

Anche in Italia le cose si stanno muovendo, ma siamo ancora lontani dall'organizzazione americana. Tuttavia sta prendendo corpo uno sforzo che vede impegnati molti medici di famiglia, alcuni IRCCS e la Direzione della Ricerca del Ministero della Salute.

La speranza è che l'iniziativa si allarghi e generi attenzione in ambiti sempre più ampi del Paese, nell'interesse della salute pubblica e ambientale.

7.1.2. La cura delle persone anziane fragili

Una nuova sfida per l'organizzazione sanitaria e la medicina di iniziativa

La cura dei pazienti anziani e fragili (cioè quelli molto compromessi, con storia di cadute, mobilità e autonomia limitate, disturbi cognitivi) è molto diversa da quella riservata a persone robuste. Per i fragili è necessario effettuare innanzi tutto una valutazione multidimensionale, che include cioè le condizioni di salute fisica, mentale e psicologica, la capacità di attendere alle normali occupazioni della vita quotidiana, i determinanti sociali e ambientali di salute e benessere. Tale valutazione multidisciplinare sfocia in un piano di cura e assistenza che va poi gestito da un *case manager*, cioè una figura sanitaria di riferimento e coordinamento del paziente, che operi in modo proattivo (**medicina di iniziativa**) cioè si incarichi di verificare sistematicamente le condizioni del paziente, lo guidi nei percorsi di diagnosi e cura, sotto la direzione del medico curante (o meglio del geriatra curante); importante la motivazione di queste figure professionali, cui compete anche la compilazione della cartella (elettronica) del paziente in modo accurato e puntuale. Tutta questa organizzazione trova logica collocazione nella Casa della Salute, che può utilmente affiancare un Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) ove il paziente possa ricevere una cura temporanea a bassa intensità per migliorare le sue condizioni di salute, e quindi ad esempio dopo la dimissione da un Ospedale per acuti o in occasione di episodi acuti che si presentino al proprio domicilio individuale o collettivo (RSA o residenze per anziani), e altri ambiti ancora. Scrive Gladman che *"Comprehensive geriatric assessment is the geriatrician's gift to health care"*.

Gladman JRF. *Delivering comprehensive geriatric assessment in new settings: advice for frontline clinicians*. J.R. Coll. Physicians Edinb **46**, 174-9, 2016)

7.2. SENTENZA CONSULTA 270/2005

IRCCS

/2005

La Consulta, con la sentenza n. 270 ~~depositata ieri~~, ha così accolto soltanto in minima parte le questioni di costituzionalità sollevate da quattro Regioni (Emilia-Romagna, Marche, Sicilia e Veneto) contro le norme della Legge delega 3/2003 e del decreto delegato 288/2003, che hanno disposto il riordino degli IRCCS, prevedendone la possibile trasformazione in Fondazioni.

Alle Regioni che, con "numerosi e frammentari" rilievi, contestavano l'eccesso di dettaglio del legislatore statale nel settore (in cui si intrecciano due materie a legislazione concorrente: tutela della salute e ricerca scientifica) e la violazione degli articoli 117 e 118 della Costituzione, la Corte fornisce una risposta chiara: "La previsione di una nuova tipologia di persona giuridica, la Fondazione Irccs di diritto pubblico, esige una disciplina uniforme della sua fondamentale caratterizzazione organizzativa".

Di qui l'inaammissibilità o l'infondatezza della maggior parte delle questioni sollevate, tra cui quelle relative ai poteri del Ministro della Salute: nominare il direttore scientifico; determinare l'organizzazione a rete dei centri; assegnare progetti di ricerca. Tutti compatibili con la Costituzione, "dal momento che responsabilità del genere sembrano spettare naturalmente a un organo che riesca ad avere una visione d'insieme della complessiva capacità e specificità degli Irccs", anche in relazione alle mutevoli tendenze della ricerca scientifica a livello internazionale.

Le censure sono state accolte, invece, per le norme sulla composizione e designazione dei consigli di amministrazione, dei presidenti e dei collegi sindacali delle Fondazioni, nonché dei consigli d'indirizzo e dei presidenti degli Irccs non trasformati.

Norme "ingiustificatamente dettagliate e quindi invasive" sia dell'autonomia statutaria delle Fondazioni, sia dell'ambito lasciato alla potestà legislativa regionale. Incostituzionali anche i compiti di vigilanza e controllo attribuiti al ministero dal Dlgs 288: l'articolo 1 espropria le Regioni di queste funzioni, l'articolo 16 introduce "un vero e proprio controllo amministrativo di tipo preventivo sugli atti fondamentali degli Irccs". Un controllo simile potrebbe essere ammissibile solo per "enti pubblici nazionali", mentre gli Irccs sono "enti a rilevanza nazionale".

7.3. CLASSIFICAZIONE IRCCS

CLASSIFICAZIONE IRCCS

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (12G0180) (GU n.214 del 13-9-2012) convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (in S.O. n. 201, relativo alla G.U. 10/11/2012, n. 263)

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158

12. Con decreto del Ministro della salute, sentiti il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi entro il 31 dicembre 2012, sono stabiliti i **criteri di classificazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico** non trasformati, delle Fondazioni IRCCS e degli altri IRCCS di diritto privato **sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale**, anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca; con il medesimo decreto, al fine di **garantire la visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario** dei predetti soggetti, sono individuate le modalità **attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale.**

LO STATO DELL'ARTE

La descrizione dell'area di riconoscimento

- per molti IRCCS non trova correlazioni nelle classifiche internazionali di aree di expertise medico
- Non trova correlazione con le classificazioni dell'attività assistenziale
- Non consente una visione integrate delle diverse are della ricerca biomedica e sanitaria
- Non si adatta alle strategie europee di H2020 che chiedono un approccio multidisciplinare e multi area

LE PREMESSE

- Chiarire su base oggettiva gli ambiti delle aree di riconoscimento che consenta l'uso degli strumenti bibliometrici per le verifiche
- Consentire un approccio integrato multidisciplinare coerente con le attività globali dell'IRCCS (Ricerca e Assistenza)
- Aprire all'intero percorso della Ricerca rispetto all'assistenza (dalla Prevenzione Primaria a quella Terziaria passando per l'Acuzie e la riabilitazione)
- Integrare le valutazioni sull'attività di ricerca con quelle assistenziali

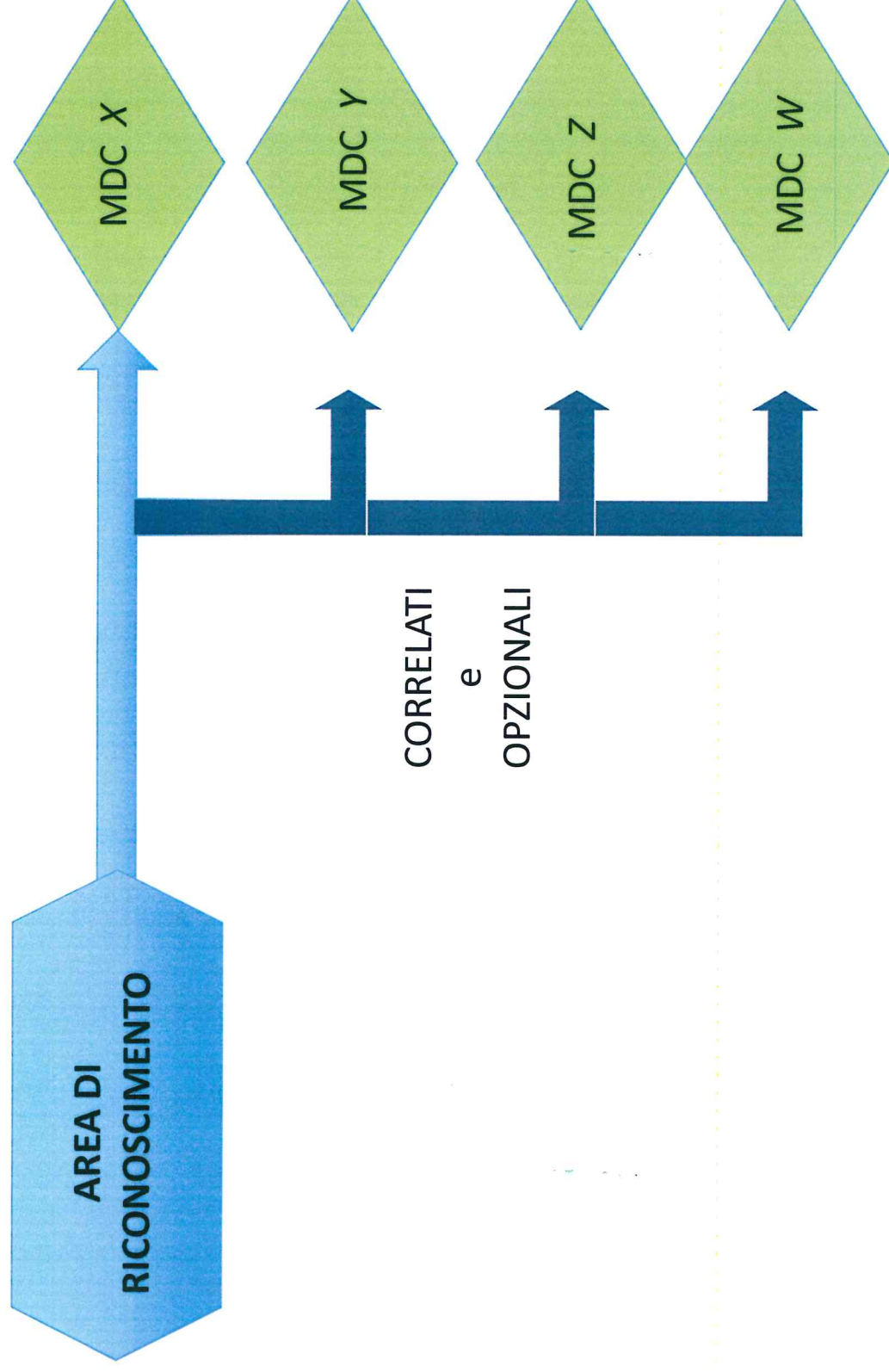
La Nuova Classificazione MDCm

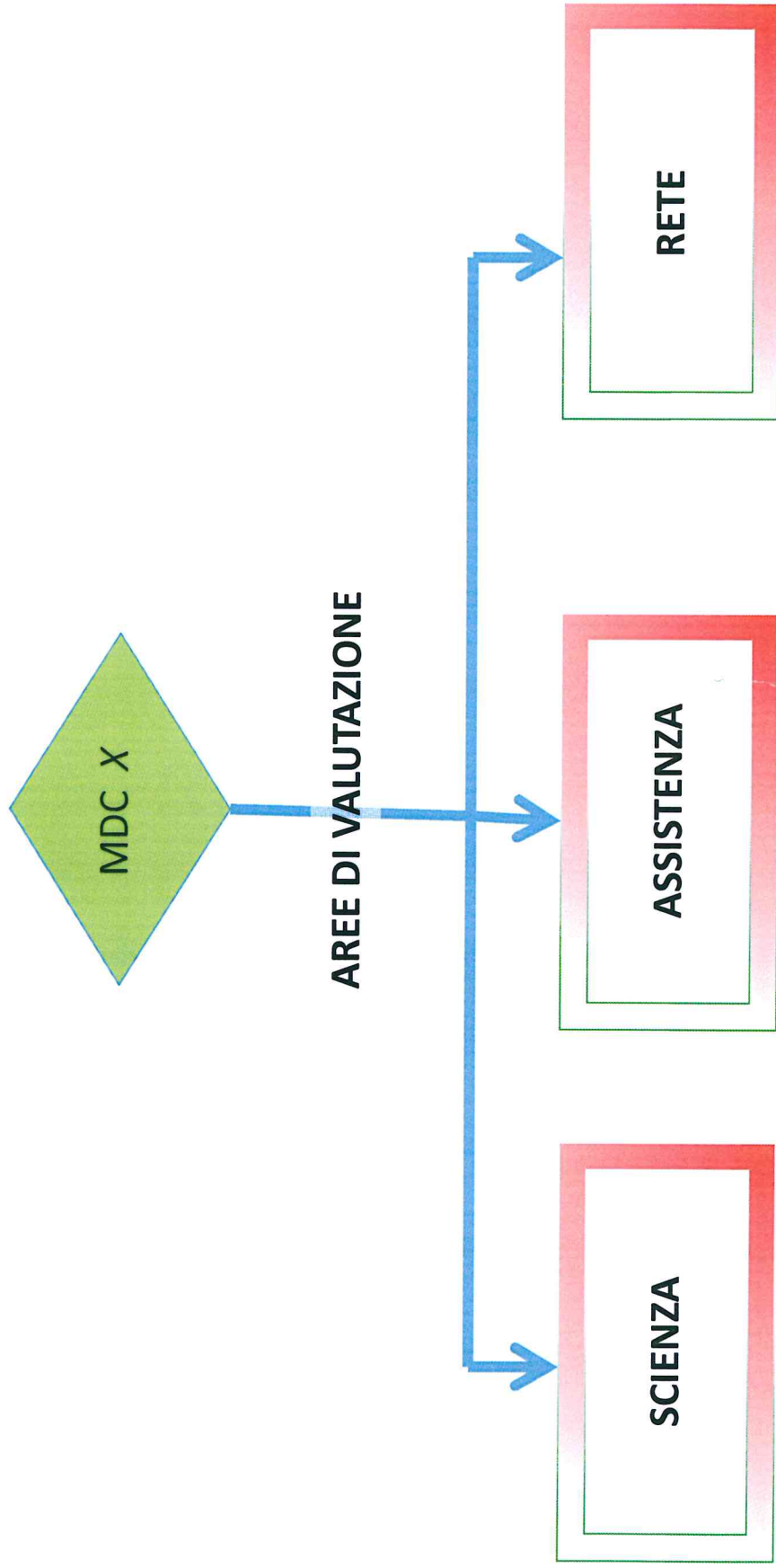
MDC	Description	MS-DRG	MDCm	RIAB.
1	Diseases and Disorders of the Nervous System	020 - 103	Neurologia	SI
2	Diseases and Disorders of the Eye	113 - 125	Oculistica	
3	Diseases and Disorders of the Ear, Nose, Mouth And Throat	129 - 159	Otorinolaringoiatria	
4	Diseases and Disorders of the Respiratory System	163 - 208	Pneumologia	SI
5	Diseases and Disorders of the Circulatory System	215 - 316	Cardiologia	SI
6	Diseases and Disorders of the Digestive System	326 - 395	Gastroenterologia	
7	Diseases and Disorders of the Hepatobiliary System And Pancreas	405 - 446	Gastroenterologia	
8	Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System And Connective Tissue	453 - 566	Ortopedia	SI
9	Diseases and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue And Breast	573 - 607	Dermatologia	
10	Diseases and Disorders of the Endocrine, Nutritional And Metabolic System	614 - 645	Endocrinologia	
11	Diseases and Disorders of the Kidney And Urinary Tract	652 - 700	Nefrologia e Urologia	
12	Diseases and Disorders of the Male Reproductive System	707 - 730	Nefrologia e Urologia	
13	Diseases and Disorders of the Female Reproductive System	734 - 761	Ostetricia e Ginecologia	
14	Pregnancy, Childbirth And Puerperium	765 - 782; 998	Ostetricia e Ginecologia	
15	Newborn And Other Neonates (Perinatal Period)	789 - 795	Pediatria(*)	
16	Diseases and Disorders of the Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders	799 - 816	Ematologia e Immunologia	
17	Myeloproliferative DDs (Poorly Differentiated Neoplasms)	820 - 849	Ematologia/Oncologia (*)	
18	Infectious and Parasitic DDs (Systemic or unspecified sites)	853 - 872	Malattie Infettive	
19	Mental Diseases and Disorders	876 - 887	Neurologia	SI
20	Alcohol/Drug Use or Induced Mental Disorders	894 - 897	Neurologia	SI
25	Human Immunodeficiency Virus Infection	969 - 977	Malattie Infettive	
26	Transplants	001 - 013	Trapiantologia	

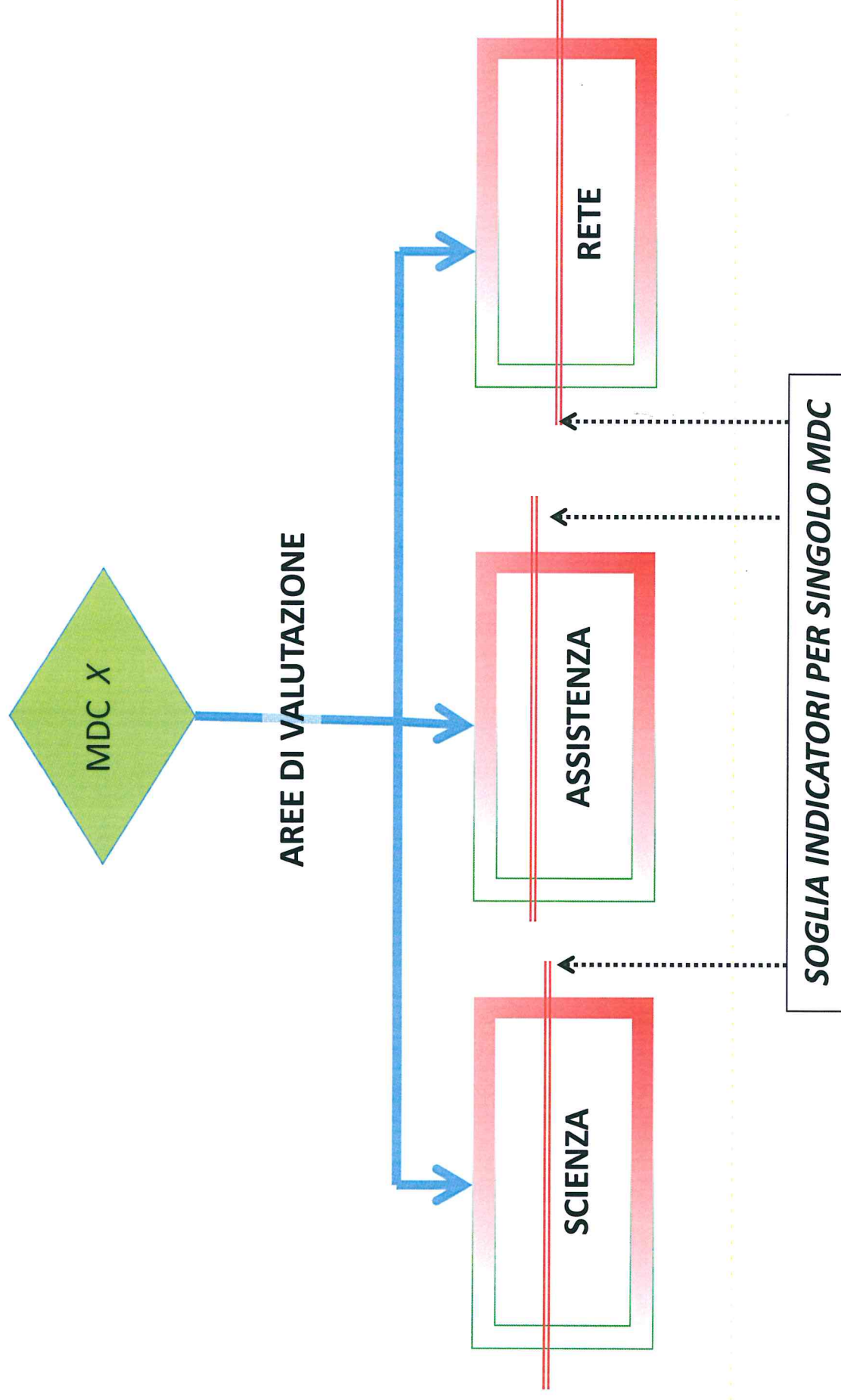
MDC aggiuntivi Ad Hoc**PEDIATRIA:** Solo MDC in età pediatrica – Non sarà possibile associare altri MDC**ONCOLOGIA:** Tutti gli MDC relative a Neoplasie**DIAGNOSTICA:** Attività unicamente diagnostica**MDC Non assegnati inclusi negli MDCm**

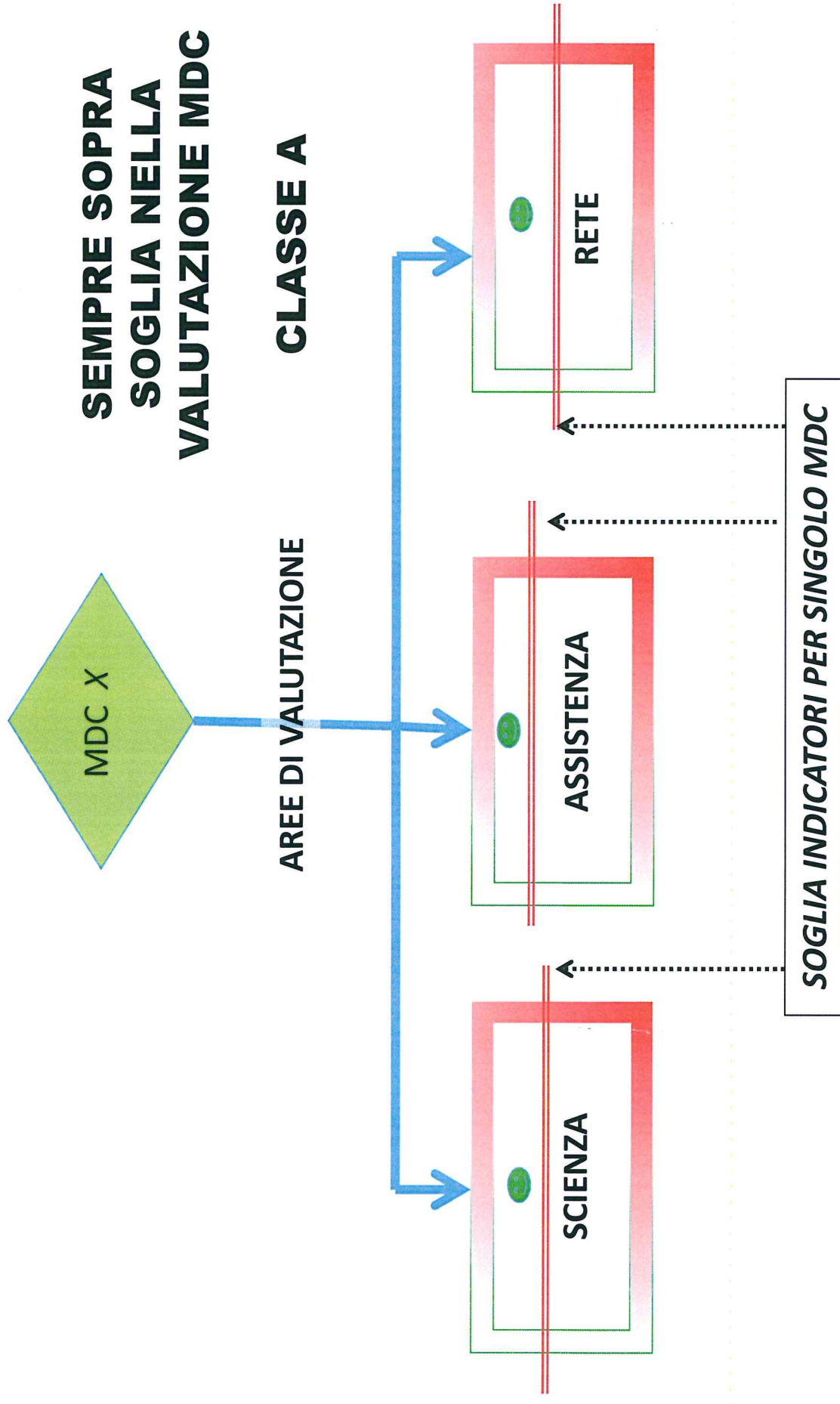
21	Injuries, Poison And Toxic Effect of Drugs	901 - 923	
22	Burns	927 - 935	
24	Multiple Significant Trauma	955 - 965	SI
27	Extensive Procedures Unrelated to Principal Diagnosis	981-989; 999	

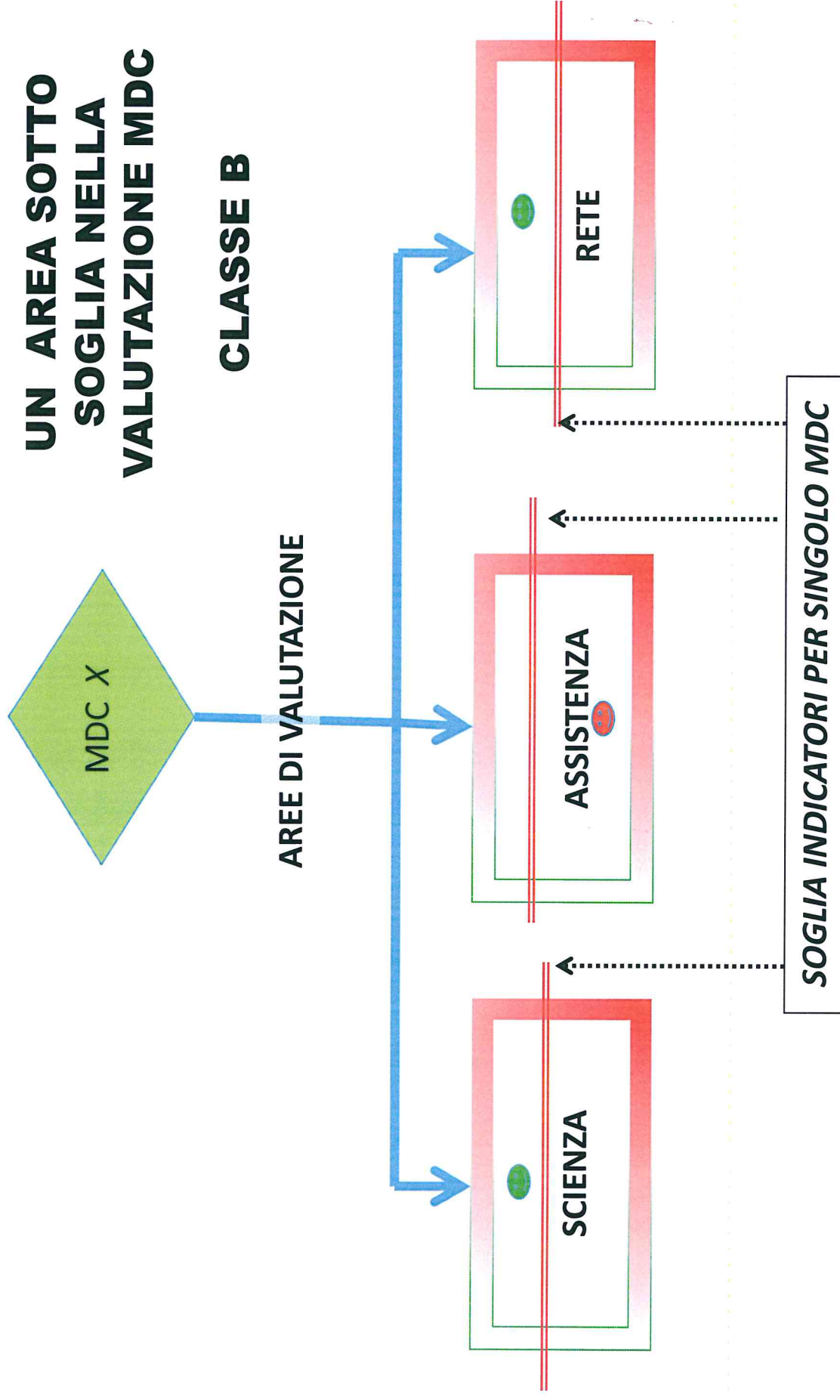
Collegare le attività di ricerca e assistenza nell'area di riconoscimento a 1 o più MDC (Major Diagnostic Category)

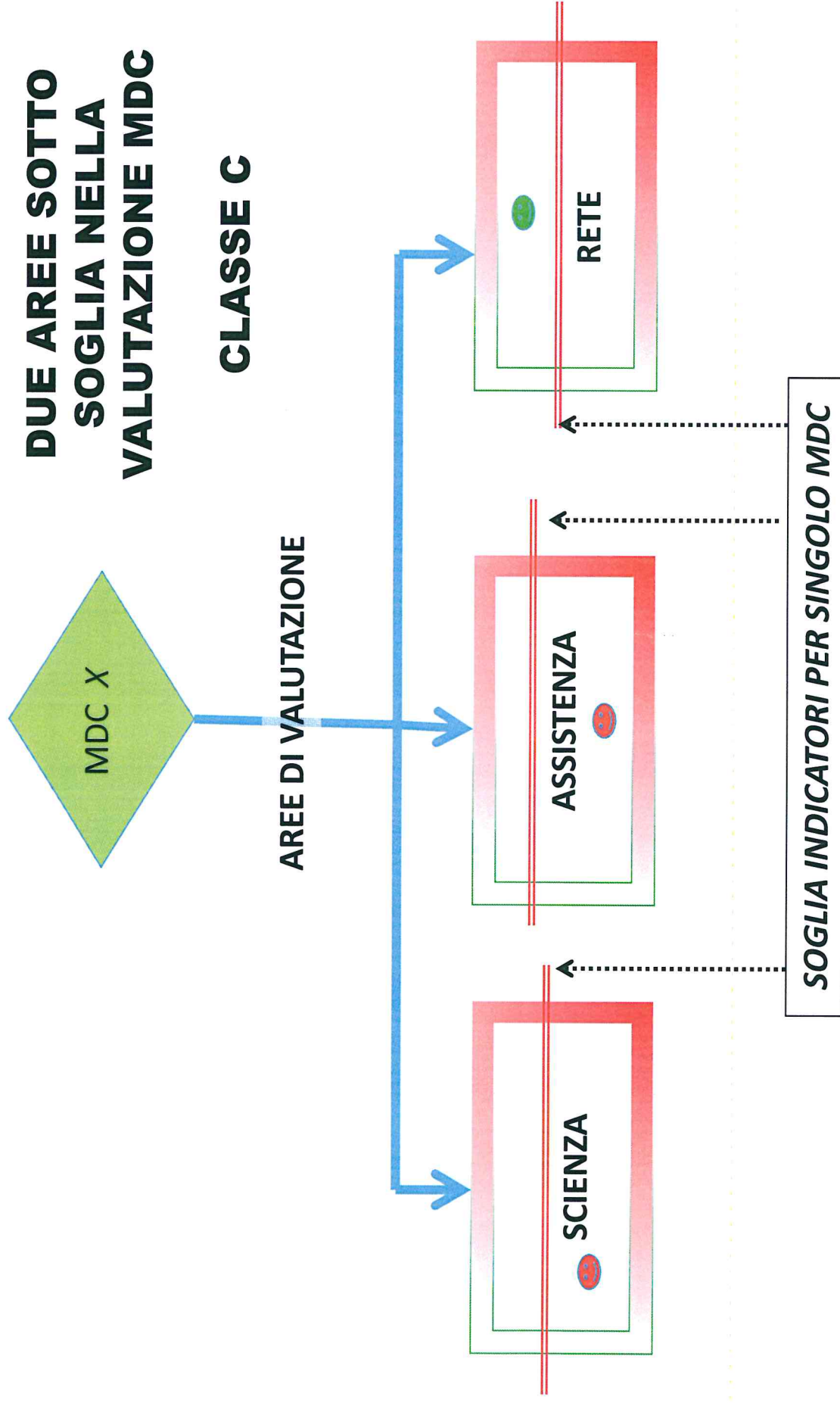


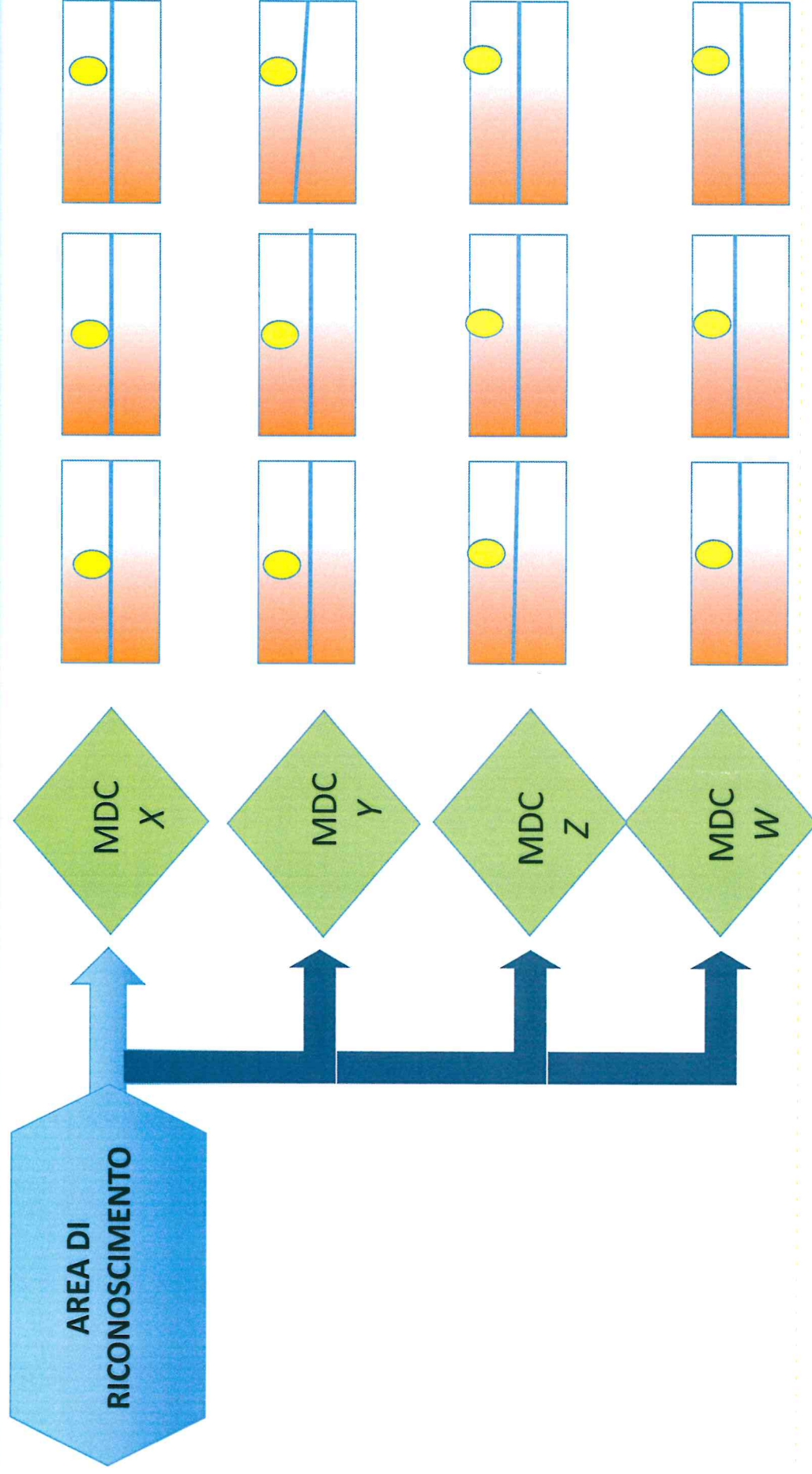










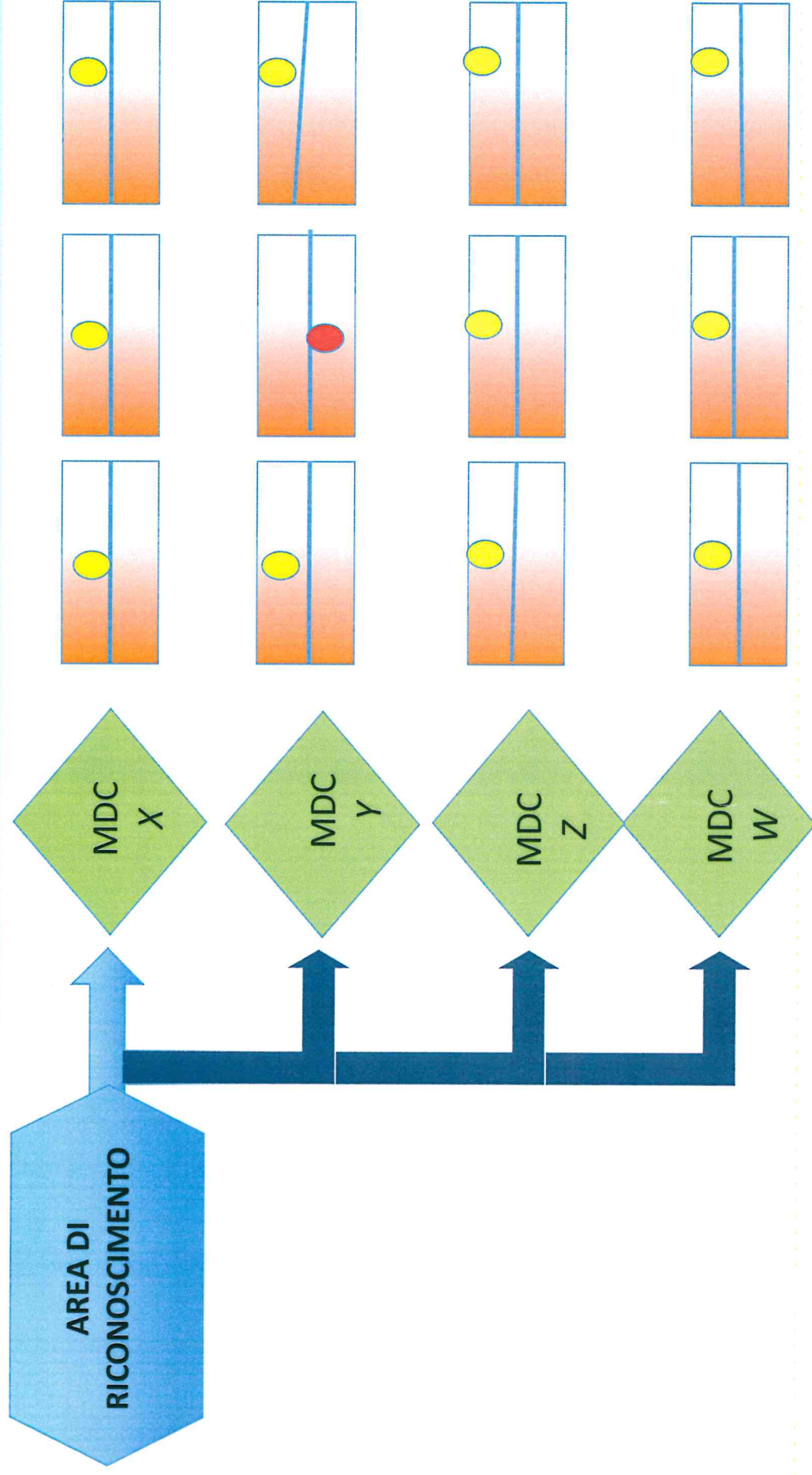


SEMPRE SOPRA SOGLIA IN TUTTE LE AREE DI VALUTAZIONE E MDC – CLASSE A

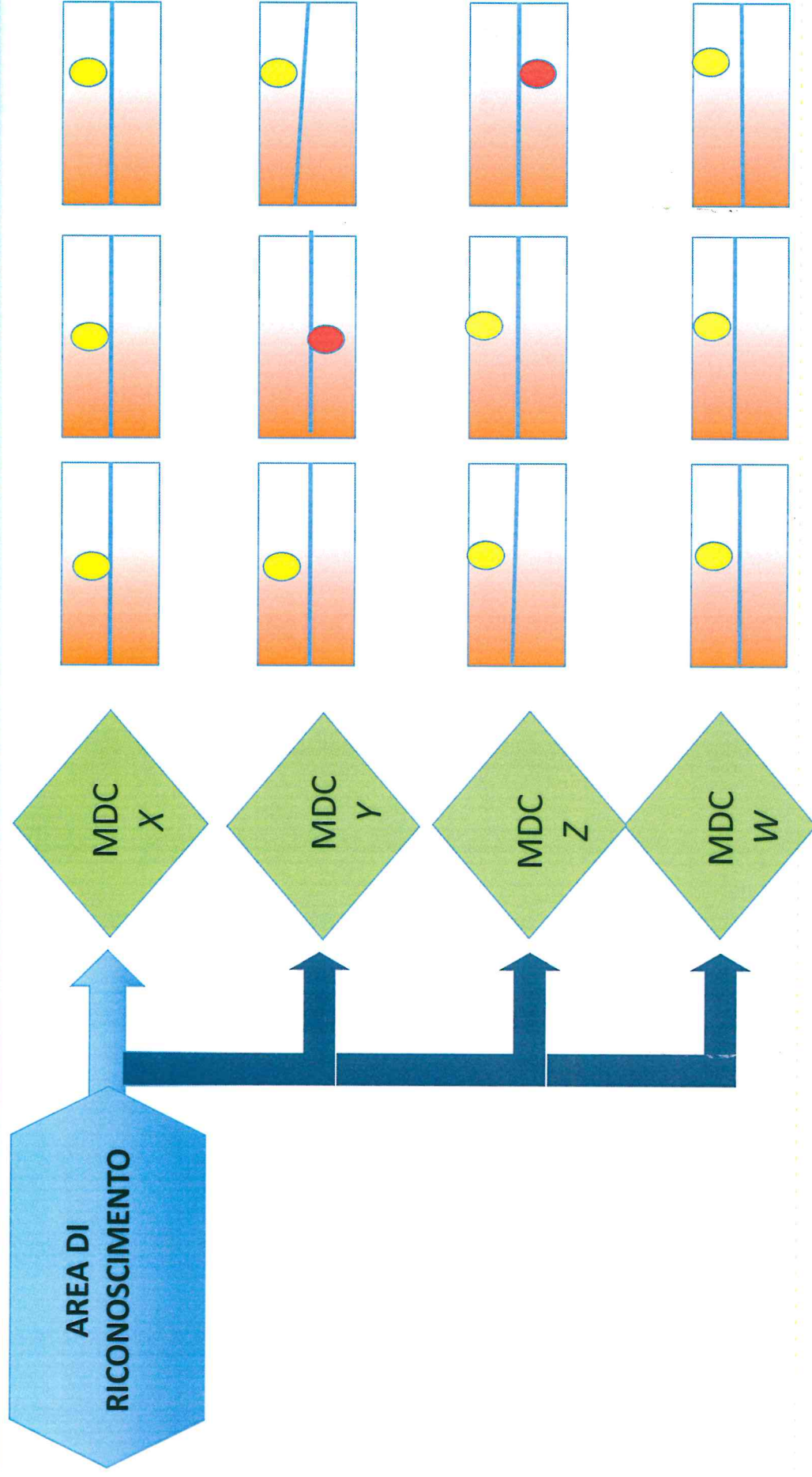


Ministero della Salute

Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità



UN SOTTO SOGLIA IN TUTTE LE AREE DI VALUTAZIONE E MDC – **CLASSE B**



DUE SOTTO SOGLIA IN TUTTE LE AREE DI VALUTAZIONE E MDC – CLASSE C

EFFETTI DELLA CLASSIFICAZIONE

- **CLASSE A** – VALUTAZIONE PIENA PER RC
- **CLASSE B** – PENALIZZAZIONE VALUTAZIONE PER RC
- **CLASSE C** – PENALIZZAZIONE ULTERIORE
VALUTAZIONE PER RC E OBBLIGO DI RISALIRE ENTRO
DUE ANNI ALMENO IN CLASSE B PER MANTENERE IL
RICONOSCIMENTO

NUOVI IRCCS: Entrano in Classe C

➤ **NEL CASO DI INDICATORI MULTIPLI PRESENTI NELL' AREA
DI VALUTAZIONE PER SPECIFICO MDC**

SopraSoglia =sopra il limite di riferimento nel 75% degli indicatori proposti

➤ **INDICATORI ASSISTENZIALI**
DIFFERENZIATI PER ISTITUTI PER ACUTI E RIABILITATIVI

➤ **INDICATORI PER SCIENZA:**
IFN (obbligatorio)
CITATION TOTALE ULTIMI 3 ANNI
IFN PER RICERCATORE
CITATION MEDIO PESATO ULTIMI 3 ANNI

PERCORSO DI AVVICINAMENTO

PER OGNI MDC: DUE DIRETTORI SCIENTIFICI PER IRCCS CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER

- **Verifica Fattibilità Proposta Indicatori Assistenziali di AGENAS**
- **Proposta soglia per ogni Indicatore assistenziale**
- **Proposta ulteriori indicatori**

- 1. PROPOSTE ENTRO IL 20 GENNAIO**
- 2. VERIFICA AGENAS SU FATTIBILITA'(20 giorni)**
- 3. AVVIO ITER PER LA DEFINIZIONE BOZZA DM (CTS-Regioni)**

Cardiologia

1. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)
2. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni
3. Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni
4. Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
5. Indicatore composito di volume di attività: IMA+STEMI+N-STEMI+PTCA+Bypass aortocoronarico+ Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache (volume minimo di soglia per procedura)
6. Indicatore composito di volume di attività: Scompenso cardiaco congestizio+ Rivascolarizzazione carotidea+ Aneurisma aorta addominale rotto+ Aneurisma aorta addominale non rotto (volume minimo di soglia per patologia)
7. By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
8. Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni



Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Riabilitazione

Nome indicatore	Note da file
1. Tasso di ricovero ripetuto per la stessa patologia per paziente 120 giorni non provenienti da un ricovero in acuzie	Per quanto attiene agli MDC 1 neurologia e MDC 8 ortopedia, pur consapevoli delle limitazioni applicative, viene individuato nella scala di Barthel (Barthel Index - BI) lo strumento da utilizzare all'accesso ed alla dimissione. Tenuto conto che in valore assoluto il BI non identifica con affidabilità la reale compromissione funzionale, almeno in termini prognostici e di decorso, si suggerisce di valutare il valore del guadagno inteso come il recuperato rispetto al massimo recuperabile
2. Barthel Index Dimissione – Barthel Index Ingresso X100	Per quanto attiene agli MDC 1 neurologia e MDC 8 ortopedia, pur consapevoli delle limitazioni applicative, viene individuato nella scala di Barthel (Barthel Index - BI) lo strumento da utilizzare all'accesso ed alla dimissione. Tenuto conto che in valore assoluto il BI non identifica con affidabilità la reale compromissione funzionale, almeno in termini prognostici e di decorso, si suggerisce di valutare il valore del guadagno inteso come il recuperato rispetto al massimo recuperabile
3. 100- Barthel Index Ingresso	

- | | |
|---|--|
| 4. Percentuale pazienti con patologie croniche complesse
(popolazione di riferimento: N.totale pazienti dimessi) | > 75% del totale |
| 5. N. di pazienti che afferiscono alla struttura per controlli successivi
(ambulatoriali e/o degenza) entro un anno dalla prima
dimissione (popolazione di riferimento: N tot di pazienti dimessi
per la stessa patologia) | >65% |
| 6. Presenza di un piano di lavoro/progetto riabilitativo in cartella
clinica (sul totale dei pazienti dimessi) | >90 % pazienti dimessi |
| 7. Dimessi con piano di indicazioni per il territorio di appartenenza (sul
totale dei pazienti dimessi sul territorio di appartenenza | >80% pazienti dimessi |
| 8. GAS : delta derivante tra accettazione e dimissione | differenziati per MDC 1-4-5-8 e MDC 19 |
| 9. GAS - sviluppata sui principi dell'ICF e utilizzabile anche per gli
aspetti non motori: delta derivante tra accettazione dimissione
per ricoveri di durata > 21 giorni | differenziati per MDC 1-4-5-8 e MDC 20 |
| 10. GAS - sviluppata sui principi dell'ICF e utilizzabile anche per gli
aspetti non motori: delta derivante tra la valutazione di
accettazione e il follow up che deve essere svolto a distanza
dcompresa tra 6 mesi e 12 mesi | differenziati per MDC 1-4-5-8 e MDC 21 |
-



Ministero della Salute

Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità

Pneumologia

1. Numero Test del sudore eseguiti

2. Numero pazienti con ri-ospedalizzazione in qualunque struttura per acuti (esclusi pazienti provenienti da case di riposo, case di cura, riabilitazioni, RSA, etc.) entro 1 mese / numero di pazienti dimessi

3. BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni

4. BPCO: volume di ricoveri

Pediatria

1. Proporzione di neonati di età gestionale <32 settimane o peso alla nascita <1.500 grammi ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale, rispetto al totale dei neonati ricoverati
 2. Tasso di complicanze (patologia polmonare cronica, retinopatia del prematuro grave[gradi IV e V], enterocolite necrotizzante) insorte durante la degenza nel Centro in neonati di età gestionale <32 settimane o peso <1.500 grammi
 3. Mortalità standardizzata in Terapia Intensiva Pediatrica
 4. Mortalità standardizzata in Terapia Intensiva Neonatale
 5. Proporzione di bambini che ricevono adeguata analgesia prima di procedura dolorosa in Dipartimento di emergenza rispetto al totale di bambini sottoposti a procedura dolorosa in Dipartimento di emergenza
 6. Proporzione di neonati allattati al seno alla dimissione
 7. Indicatore composito di volume attività: Interventi di cardio chirurgia pediatrica+ Interventi per difetti congeniti del cuore+ Tonsillectomia+ Appendicectomia laparoscopiche+ Appendicectomie laparotomiche (volume minimo di soglia per procedura)
 8. Volumi di attività cardiocirurgica stratificati per fascia di età (< 1 mese; 1-11 mesi;1-18 anni)
 9. Volumi di attività neurochirurgica stratificati per fascia di età (< 1 mese; 1-11 mesi;1-18 anni)
-

Ortopedia

1. Percentuale di re-ricovero di pazienti trattati in altre sedi, considerando solo ricoveri effettuati per stessa patologia (o complicazioni successive al trattamento) per cui erano stati trattati presso altre sedi.
 2. Percentuale di DRG di alta complessità (chirurgia vertebrale e artroprotesi) rispetto al totale dei DRG prodotti dall'IRCCS >33%, considerando MDC 8 in degenza ordinaria
 3. Percentuale di reinterventi per pazienti trattati per DRG di altissima complessità, come, ad esempio, i ricoveri appartenenti alla MDC 8 (DRGs 496,497,498,499,500,546,519,520 chirurgia vertebrale e 545 revisione di anca e ginocchio), con esclusione di ricoveri successivi per altre patologie o per riabilitazione
 4. Patologie rare trattate per tumori muscoloscheletrici codici diagnosi ICD IX CM 170x - 171x
 5. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
 6. Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
 7. Indicatore composito di attività: Artroscopia di ginocchio+ Sostituzione di ginocchio+ Frattura del collo del femore+ Frattura della Tibia e Perone (volume minimo di soglia per procedura)
-

Oncologia

1. Tempo di attesa per chemioterapia (indice di performance)
2. Tempo di attesa per radioterapia (indice di performance)
3. Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
4. Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo
5. Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
6. Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni
7. Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia

8. Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni
 9. Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
 10. Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni
 11. Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni
 12. Indicatore composito volume attività: Intervento chirurgico per TM tiroide+ Intervento chirurgico per TM polmone+ Intervento chirurgico per TM stomaco+ Intervento chirurgico per TM fegato+ Intervento chirurgico per TM pancreas+ Intervento chirurgico per TM colecisti+ Intervento chirurgico per TM colon+ Intervento chirurgico per TM retto+ Intervento chirurgico per TM esofago+ Intervento chirurgico per TM rene+ Intervento chirurgico per TM vescica+ Intervento chirurgico per TM utero+ Intervento chirurgico per TM prostata+ Intervento chirurgico per TM mammella (volume minimo di soglia per procedura)
 13. Analisi genetica in t. Colon seguito da terapia personalizzata
-

Oculistica

1. Tempo che intercorre tra la diagnosi supportata dagli esami strumentali e la prima iniezione intravitreale per CNV di qualsiasi tipo (senile, miopica, infiammatoria)
 2. Proporzione di pazienti affetti da wetAMD che nell'arco di un anno effettuano un numero di iniezioni intravitreali uguale o superiore a 6 sul numero totale di pazienti seguiti per wetAMD.
 3. Proporzione di pazienti affetti da edema maculare diabetico (DME) che effettuano un numero di intraveali uguale o superiore a 7 nel primo anno e 4 nel secondo anno sul numero totale di pazienti affetti da DME
 4. Proporzione di pazienti con diagnosi di glaucoma che effettuano un numero superiore o uguale a 3 campi visivi computerizzati (CVC) nei primi 2 anni dalla presa in carico sul numero totale dei pazienti seguiti per glaucoma
 5. Numero di pazienti con diagnosi di erodistrofie presi in carico su numero di pazienti con diagnosi di erodistrofie presenti nel territorio regionali
-

Neurologia

1. Malattia di Alzheimer: totale visite/totale GG.DD o totale Punti DRG
 2. Malattia di Alzheimer: N° prime diagnosi per la patologia specifica (dati ricavabili da Controllo Gestione)
 3. Sclerosi multipla: Rilevazione del numero di farmaci somministrati in regime di File F e con schede AIFA (Modalità di rilevazione: applicativo informatico del Servizio di Farmacia)
 4. Sclerosi multipla: Rilevazione del numero di ricoveri con diagnosi d'ingresso "sospetta malattia demielinizante" / rilevazione del numero dei ricoveri con diagnosi di uscita "sclerosi multipla" (Analisi SDO).
-

5. Malattia di Parkinson: Numero di pazienti con diagnosi finale di Parkinsonismo atipico / totale diagnosi Parkinsonismi
 6. Malattia di Parkinson: n. diagnosi di parkinsonismo atipico (codice 333) / totale Parkinsonismi (parkinsonismo atipico (codice 333) + malattia di Parkinson (codice 332)
 7. Malattia di Parkinson: Numero di impianti DBS (02.93) (per malattia di Parkinson e sindromi ipercinetiche)
 8. Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie
 9. Indicatore composito di volume attività: Ictus ischemico+ Aneurisma cerebrale NON rotto+ Emorragia sub aracnoidea
-

Nefrologia

1. Attività di ricovero: Specificità A (generali , valide per tutti gli IRCCS): le diagnosi dei ricoveri effettuati durante ogni anno dovrebbero comprendere quantomeno 6 dei seguenti CDTN: nefropatie glomerulari primitive, nefropatie glomerulari secondarie, nefropatie tubulo-interstiziali, nefropatie secondarie, nefropatie ereditarie, dialisi extracorporea, dialisi peritoneale, trapianto e/o complicanze del trapianto, nefropatie rare
2. Attività di ricovero: Specificità B inerenti le diverse aree diagnostiche selezionate dai vari IRCCS: ognuno dei CDTN deve costituire una percentuale congrua dei ricoveri totali effettuati (p.es. > 5% per campo se il N. di CDTN prescelto è 8 o 9; >8 % se il N. di CDTN è 7; > 10 % se il N. di CDTN è 6)
3. Attività di ricovero: Specificità C inerente la nostra Nefrologia IRCCS: la nostra specificità è rappresentata dal trapianto e nefropatie glomerulari (indicatori: almeno il 40 % dei ricoveri per i due CDTN combinati e un numero di biopsie renali > 50/anno)
4. RICOVERI: L'indicatore è dato dal rapporto $(N_b - a) / (N_a - a)$ dove
Il numeratore (N b - a) = numero di ricoveri ripetuti per la stessa diagnosi in cui il primo ricovero è stato effettuato presso una Nefrologia (b) diversa dalla Nefrologia IRCCS e il secondo presso la Nefrologia IRCCS
(a)
Il denominatore (N a - a) = numero di ricoveri ripetuti in cui il primo è stato effettuato nella Nefrologia IRCCS (a) e il secondo ripetuto presso una Nefrologia (b) diversa dalla Nefrologia IRCCS
Valore atteso positivo: > 1

Ginecologia & Ostetricia

1. Proporzione di donne riammesse dopo isterectomia non associata a diagnosi di cancro entro 28 giorni dalla dimissione
 2. Proporzione di isterectomie realizzate con tecnica mininvasiva (es. con laparoscopia) sul numero totale di isterectomie
 3. Parti vaginali in pregresso taglio cesareo
 4. Complicanze durante parto e puerperio dopo TC
 5. Complicanze durante parto e puerperio dopo parto naturale
 6. Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
 7. Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
 8. Indicatore composito di attività: Intervento chirurgico per TM mammella+ Isterectomia
 9. Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
-

Gastroenterologia (da rivalutare)

-
1. N casi/ anno: Trattamento MICI con biologici
 2. N casi/ anno: Trattamento Tumori Colon
 3. N casi/ anno: Trattamento Tumori Stomaco
 4. N casi/ anno: Trattamento Tumori Pancreas
 5. N casi/ anno: Trattamento Tumori Fegato
 6. N casi/ anno: Trattamento Tumori Esofago
 7. N casi/ anno: Trattamento MICI
-

Dermatologia (da rivalutare)

1. numero di giorni che intercorrono tra diagnosi istologica di melanoma e allargamento e/o stadiazione
 2. numero di giorni che intercorrono tra sospetto diagnostico di melanoma ed asportazione chirurgica
 3. Indice di innovatività: Numero di pazienti a cui vengono applicate terapie innovative riconosciute e appropriate (ad es. il trattamento con il farmaco Rituximab nei pazienti affetti da pemfigo o il trattamento con fotodinamica nei pazienti affetti da non-melanoma skin cancer).
-

IPOTESI DISTRIBUZIONE LAVORO PROPOSTE CUT-OFF PARAMETRI ASSISTENZIALI

MDCm	DS1 ACUTI	DS2 ACUTI	DS1 RIABILITATIVI	DS2 Riabilitativi
Cardiologia	Monzino	S.Matteo	Pisana	Auxologico
Dermatologia	IDI	S.Gallicano		
Ematologia/Immunologia	Humanitas	AOU San Martino		
Endocrinologia	Maggiore	?	Auxologico	?
Gastroenterologia	De Bellis	?		
Malattie Infettive	Spallanzani	San Raffaele		
Nefrologia e Urologia	San Raffaele	San Matteo		
Neurologia	Besta	Mondino	S.Lucia	Neurolesi
Oculistica	Bietti	?		
Oncologia (*)	Tumori MI	IEO		
Ortopedia	Rizzoli	Galeazzi	Pisana	Don Gnocchi
Ostetricia e Ginecologia	Burlo	?		
Otorinolaringoiatria	Maggiore	?		
Pediatria(*)	Bambin Gesù	Gaslini		
Pneumologia	Maggiore	San Raffaele	Auxologico	Maugeri
Trapiantologia	San.Matteo	ISMETT		

7.4. L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITA'

In Italia ci siamo sforzati per anni di assimilare gli ospedali pubblici e le ASL ad Aziende, con l'intento primario di razionalizzarne l'organizzazione e la gestione e tenere sotto controllo la spesa. In effetti era necessario iniettare nel sistema sanitario più efficienza, ma i risultati di questa scelta, a distanza di un quarto di secolo dalla promulgazione delle leggi di riforma sanitaria 502/92 e 517/93, sono molto discutibili perché discutibile è proprio questa assimilazione.

Innanzitutto, come ha spesso ripetuto l'economista e aziendalista Marco Vitale "l'Ospedale non è un'Azienda, è un Ospedale". Infatti esso non opera in un vero regime di mercato né di concorrenza, in quanto non solo vi è ampia asimmetria di capacità contrattuale tra erogatori del servizio e consumatori e più spesso i primi operano in regime di monopolio, ma altresì l'ospedale pubblico e la ASL, alla stregua di altri servizi pubblici essenziali non possono fallire né permettersi di pareggiare il bilancio a scapito della quantità e qualità dei servizi erogati.

Peter Drucker, professore di management alla New York University¹² scriveva che l'ospedale è la più complessa organizzazione umana mai realizzata ed è forse il caso che le Aziende imparino dall'Ospedale piuttosto che il contrario, importando anche, oltre e al di là del pareggio dei bilanci, i valori che i professionisti sanitari perseguono, quali fiducia del paziente, comunicazione onesta e completa, trasparenza, valore salute sul lungo termine, priorità per l'interesse del paziente, scelte basate sull'evidenza scientifica anche nel *management*, aggiornamento permanente e motivazione del personale, sua valorizzazione umana e professionale, insegnamento ai più giovani, ricerca scientifica, rispetto e ascolto dei professionisti da parte dei vertici ospedalieri.¹³

Ma vi è un altro elemento che in Italia ha contribuito al risultato poco soddisfacente della aziendalizzazione in sanità: l'impostazione data alle Aziende sanitarie pubbliche, che è stata di tipo commissariale più che non di un'Azienda moderna. Un Direttore generale nominato dalla Regione esercita un potere monocratico e risponde solo a chi lo ha nominato. Si tratta quindi di un vecchio schema di Azienda verticistica che oggi è stata abbandonata dal mondo imprenditoriale, in quanto si è capito che la linea di comando verticale senza coinvolgimento e valorizzazione del capitale umano è inadatta ai tempi moderni. Il personale di qualità è l'unico vero valore dell'Azienda: è necessario cercare, formare, motivare e trattenere questo personale coinvolgendolo sempre più¹⁴, ma notoriamente la struttura pubblica non attua una moderna politica del personale. Un approfondimento di questo tema è disponibile nell'Allegato (ALL.).

¹² Citato da 2.

¹³ Wiersinga WJ, Levi M. *What other industries can learn from health care*. JAMA Intern Med **176**, 425-26, 2016.

¹⁴ Covey SR. *La leadership centrata su principi*. Franco Angeli Editore 2009, pp. 174-177.

L'Azienda sanitaria è un'Azienda di servizi erogati da professionisti sanitari, per loro natura autonomi interlocutori e avvocati dei pazienti. Se poi si considera che la Direzione generale *a) è spesso di formazione estranea alla sanità e alla medicina*, e quindi ha difficoltà a capire fino in fondo questi mondi e i loro valori, *b) è di necessità legata al potere politico* e *c) ha come prioritario obiettivo il contenimento dei costi*, si può comprendere come si sia arrivati a tagli della spesa e a soluzioni organizzative spesso infelici e dannosi, che hanno avuto l'effetto di mettere in difficoltà il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la professione medica e infermieristica, con un crescente malumore della popolazione e del personale sanitario stesso.¹⁵

Sono oggi molto sbiaditi i valori del SSN e anche l'etica del sistema è a rischio. Io credo che sia necessario aprire un nuovo capitolo della sanità, disegnando una diversa Azienda sanitaria, una sorta di "Azienda speciale" che vede l'amministrazione al servizio del personale e non ad esso sopra-ordinato.⁴ A mio avviso l'Azienda dovrebbe essere articolata in Dipartimenti diretti da un Capo Dipartimento medico il più possibile autonomo e responsabile anche della gestione organizzativa e finanziaria del suo Dipartimento: una volta negoziato il budget di quest'ultimo e fissati gli obiettivi di quantità e qualità dei risultati, l'autonomia organizzativa e gestionale del Dipartimento deve essere la più ampia possibile, ancorché sorvegliata regolarmente da controllo di gestione. Deve, in particolare, essere prerogativa del Dipartimento avere un proprio organico, acquisire o allontanare il personale, ordinare la spesa, e così via. Come sempre il binomio poteri – responsabilità deve essere inscindibile se si vuole che ritornino una medicina e una sanità dei medici e non dei manager e degli amministrativi.

Il Capo Dipartimento è assistito da un collegio di direzione e da specialisti amministrativi, ma deve rispondere in prima persona del suo operato e dei risultati ottenuti. In tal modo l'Amministrazione centrale gli può delegare i poteri organizzativi e gestionali riservandosi di valutarlo in base ai risultati. Fondamentale compito del Dipartimento è anche quello di provvedere all'aggiornamento del personale con il sistema del *Continuous Professional Development*^{cfr16} incentrato su un portfolio della capacità professionale, delle conoscenze e del comportamento, strumento fondamentale per la carriera dei professionisti, carriera che deve essere reintrodotta in quanto essenziale per motivare il personale e promuovere i più meritevoli. Il collettivismo e l'appiattimento che ci hanno impregnato per decenni deve finire in quanto dannosi all'interesse di tutti, sanitari e pazienti, nonché importante causa della demotivazione che pervade il personale. Anche la ricerca clinica e la didattica devono far parte del portfolio in quanto strumenti di motivazione e di carriera. In un parola tutto ciò serve a ridare ai medici e al personale sanitario tutto uno status sociale che il sistema attuale ha sminuito e senza il quale *non può esistere buon sanità*. E' oggi ampiamente dimostrato che solo un personale soddisfatto e motivato

¹⁵ Kmietowicz Z. *BMA: take politics out of NHS*. BMJ **334**, 969, 2007.

¹⁶ Sirchia G. *Spunti per un sanità migliore*. Piccin Ed. 2011, p. 76.

consente un buon servizio sanitario¹⁷. Esso inoltre consente il contenimento della spesa attraverso soluzioni organizzative che non intaccano la qualità di servizi, ma anzi la migliorano. Nuovi percorsi come la *Medicina di Iniziativa* o nuove soluzioni organizzative come la *Casa della Salute*, il *POT*, il *Walk-in Centre* (vedi blog girolamosirchia.org) non possono decollare senza l'attiva e motivata partecipazione del personale sanitario. Molte di queste soluzioni sono state avviate in altri Paesi, ma è fondamentale conoscerle, studiarle e capirle, internazionalizzando di più la nostra sanità e aprendola maggiormente agli apporti di conoscenza e cultura che possono e devono derivare dalle esperienze dei pazienti e dalle professioni italiane e straniere. Una sperimentazione organizzativa e gestionale di questa nuova Azienda sanitaria potrebbe consentirci di superare i vincoli normativi esistenti e affinare il modello e i suoi strumenti. E' verosimile che riportando la sanità nelle mani dei medici e del rimanente personale sanitario che lavora in prima linea si possa rimediare a una situazione che non sembra capace di contenere i crescenti costi attraverso un miglioramento della qualità dei servizi e della relativa spesa anziché attraverso continui tagli lineari.¹⁸

Sempre che i medici sappiano correggere alcuni loro comuni difetti, quali personalismo, narcisismo, conflittualità, insufficiente attenzione e collaborazione con i pazienti e i colleghi e rifiuto di diverse responsabilità manageriali di tipo organizzativo e gestionale.

¹⁷ Shanafelt TD *et al.* *The well being of physicians*. Am J Med **114**, 513-19, 2003.

¹⁸ Ham C. *The Conservative Party's policies on health*. BMJ **338**, 1342-43, 2009.

GLI STANDARD DELLE PRESTAZIONI IN SANITÀ

Il Servizio Sanitario Nazionale è alimentato da risorse derivanti da varie voci di tasse e imposte. La maggior parte di questi finanziamenti afferisce alle Regioni che, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, hanno di fatto l'esclusiva della organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari nel loro territorio. Questa pressoché totale autonomia regionale ha fatto sì che i Servizi Sanitari organizzati dalle Regioni avessero tra loro cospicue differenze circa la quantità, la qualità e il costo dei servizi erogati; ciò ha costituito, in molte aree, la causa principale della migrazione dei cittadini verso altre regioni al fine di ottenere prestazioni migliori e più sollecite. Inoltre alcune Regioni hanno utilizzato i fondi sanitari anche per coprire altri settori della spesa pubblica e ciò ha comportato a sua volta una riduzione della qualità e della quantità dei Servizi Sanitari erogati.

Per porre un rimedio a queste disuguaglianze e ai disagi che esse provocano ai cittadini è necessario stabilire degli standard di quantità, qualità e costo dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) ossia delle prestazioni sanitarie erogate a spese della finanza pubblica. Questo è stato 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 per il 2005). In altri termini la legge prevede che in ogni area del Paese vengano erogati Servizi Sanitari che rispondono a requisiti minimi e massimi di quantità, di qualità e di costo: ad esempio lo standard definisce che l'intervento di bypass aorto-coronarico debba essere erogato in misura di non meno di 200 interventi per anno per milione di abitanti e che la sopravvivenza a 30 giorni debba essere superiore al 99%, con un costo che non superi € 4.000.* La definizione degli standard dovrebbe toccare al Ministero della Salute, cui compete anche di verificare con il suo servizio ispettivo e con la collaborazione delle associazioni di pazienti che gli standard vengano applicati e, nel caso ciò non accada, il Ministero dovrebbe intervenire con misure correttive.

La metodologia per definire gli standard parte dalla valutazione della realtà, lavoro che è stato fatto da *Marco Campari* per conto del Ministero della Salute nel 2007 (confronta: M. Campari. *La variabilità dei consumi*, riportato in G. Sirchia: *"Spunti per una sanità migliore". Appendice A - girolamosirchia.org*). Il lavoro tuttavia non è stato compiuto e non è più stato ripreso questo concetto fino ad oggi. Se si addivenisse alla realizzazione e controllo degli standard di quantità, qualità e costo dei Servizi Sanitari, i divari tra le Regioni sarebbero ridotti, non si verificherebbe più la riduzione impropria dei Servizi Sanitari erogati in alcune Regioni, la qualità sarebbe sotto controllo e anche il costo diverrebbe standard, eliminando quei divari per cui, ad esempio, un presidio sanitario costa in alcune aree del Paese il doppio di quanto pagato da altre ASL.

* **Nota.** Il costo dell'infarto miocardico nel 2008 è stato in USA di \$ 6.000 (€ 4.300) comprese le complicanze a 30 gg. (Rosky DS et al. *Growth in medicare expenditures for patients with acute myocardial infarction. A comparison of 1998 through 1999 and 2008*. *Jama Int Med* **173**, 2055-61, 2013).

Questo in realtà sta accadendo per i costi: i costi standard, di cui si sta discutendo, altro non sono che l'applicazione del principio suddetto alla valutazione economica. Tuttavia non si parla ancora di standard di quantità e qualità, che sono assolutamente indispensabili per garantire il *value for money* e, con esso, che ogni cittadino, ovunque viva, goda degli stessi diritti in termini di assistenza sanitaria.

Proposta di un comma da inserire nel Patto per la salute

1. Al fine di assicurare , sotto il profilo quantitativo e qualitativo, la piena uniformità sul territorio nazionale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria , il Governo e le Regioni convengono sulla necessità di promuovere l'adozione di una specifica disposizione normativa nazionale con la quale stabilire che , **previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato , le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro il 31 dicembre 2014, sono adottati i regolamenti previsti dall'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per la fissazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e di esito, e quantitativi, relativi ai livelli essenziali di assistenza, nonché per l'individuazione delle tipologie di assistenza ed i servizi relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. A partire dall'anno 2015 la erogabilità delle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996 , n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, è subordinata all'avvenuta adozione dei medesimi regolamenti, fatta salva la erogabilità degli importi vincolati su tali risorse in attuazione di disposizioni legislative nazionali.**

SERIE GENERALE

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

Anno 145° — Numero 125

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 29 maggio 2004

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

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

La **Gazzetta Ufficiale**, oltre alla **Serie generale**, pubblica quattro **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta con autonoma numerazione:

- 1^a **Serie speciale**: *Corte costituzionale* (pubblicata il mercoledì)
- 2^a **Serie speciale**: *Comunità europee* (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3^a **Serie speciale**: *Regioni* (pubblicata il sabato)
- 4^a **Serie speciale**: *Concorsi ed esami* (pubblicata il martedì e il venerdì)

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 26 maggio 2004, n. 138.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica Pag. 4

LEGGE 28 maggio 2004, n. 139.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 79, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza di grandi dighe Pag. 9

LEGGE 28 maggio 2004, n. 140.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 80, recante disposizioni urgenti in materia di enti locali. Proroga di termini di deleghe legislative. Pag. 13

LEGGE 28 maggio 2004, n. 141.

Conversione in legge del decreto-legge 31 marzo 2004, n. 82, recante proroga di termini in materia edilizia Pag. 19

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero del lavoro
e delle politiche sociali

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Lo Scoiattolo», in Bernalda Pag. 20

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Holiday», in Matera. Pag. 21

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Ricerche e formazione», in Bernalda. Pag. 21

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Ages», in Stigliano. Pag. 22

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Radio libera anch'io», in Matera. Pag. 22

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Fabrica - Pic. soc. coop.», in Nova Siri Scalo Pag. 23

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Conedim», in Scanzano Jonico Pag. 23

DECRETO 3 maggio 2004.

Scioglimento della cooperativa a r.l. «Basentello», in Irsina. Pag. 24

DECRETO 10 maggio 2004.

Scioglimento della società cooperativa «Piccola società cooperativa Filo d'Arianna a r.l.», in Sora Pag. 24

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 26 maggio 2004, n. 138.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

1. Il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 26 maggio 2004

CIAMPI

BERLUSCONI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

SIRCHIA, *Ministro della salute*

Visto, il Guardasigilli: CASTELLI

ALLEGATO

MODIFICAZIONI APPORTATE IN SEDE DI CONVERSIONE
AL DECRETO-LEGGE 29 MARZO 2004, N. 81

All'articolo 1, comma 1:

la lettera a) è sostituita dalla seguente:

« a) è istituito presso il Ministero della salute il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo, che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), con gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con le università, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare. Il Centro opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della salute. Per l'attività e il funzionamento del Centro, ivi comprese le spese per il personale, è autorizzata la spesa di 32.650.000 euro per l'anno 2004, 25.450.000 euro per l'anno 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dall'anno 2006 »;

alla lettera b), alinea, dopo le parole: « sulla genetica molecolare e » è inserita la seguente: « su » e dopo le parole: « con sede in Milano » sono aggiunte le seguenti: «, presso l'Ospedale Maggiore, denominato Fondazione "Istituto nazionale di genetica molecolare - INGM" »;

alla lettera b), n. 1), le parole: « 7 milioni e 28 mila », « 6 milioni e 508 mila » e « 6 milioni e 702 mila » sono sostituite rispettivamente dalle seguenti cifre: « 7.028.000 », « 6.508.000 » e « 6.702.000 »;

alla lettera b), n. 2), le parole: « 5 milioni » sono sostituite dalla seguente cifra: « 5.000.000 »;

la lettera c) è sostituita dalla seguente:

« c) per procedere alla realizzazione di progetti di ricerca in collaborazione con gli Stati Uniti d'America, relativi alla acquisizione di conoscenze altamente innovative, al fine della tutela della salute nei settori dell'oncologia, delle malattie rare e del bioterrorismo è autorizzata la spesa di 12.945.000 euro per l'anno 2004, 12.585.000 euro per l'anno 2005 e 12.720.000 euro per l'anno 2006. Tali progetti saranno individuati con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ».

All'articolo 2:

al comma 1, le parole: « della proiezione per l'anno 2004 » sono soppresse, le parole: « ed euro 51.322.000 per l'anno 2006 » sono sostituite dalle seguenti: « euro 12.720.000 per l'anno 2006 ed euro 38.602.000 a decorrere dall'anno 2006, » e le parole: « unità previsionale di base in conto capitale » sono sostituite dalle seguenti: « unità previsionale di base di conto capitale ».

Dopo l'articolo 2, sono inseriti i seguenti:

« ART. 2-bis. - 1. Per rimuovere gli squilibri sanitari e sociali connessi alla disomogenea situazione registrabile tra le varie realtà regionali in materia di prevenzione secondaria dei tumori e per attivare il nuovo *screening* per il cancro del colon retto raccomandato anche dalla Unione europea, lo Stato destina risorse aggiuntive e promuove un intervento speciale, per il triennio 2004-2006, per la diffusione dello *screening* del cancro del colon retto ed il contestuale consolidamento degli interventi già in atto per lo *screening* del cancro alla mammella e del collo dell'utero, da realizzarsi in collegamento con l'assistenza sanitaria di base, anche attraverso l'implementazione di linee di ricerca biomedica e organizzativa in grado di incrementare le potenzialità diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico.

2. Le modalità ed i criteri per la realizzazione del programma di cui al comma 1 sono adottati, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Per la realizzazione del programma è autorizzata la spesa di euro 10.000.000 per l'anno 2004, di euro 20.975.000 per l'anno 2005 e di euro 21.200.000 per l'anno 2006 per la concessione da parte del Ministero della salute di finanziamenti finalizzati alle regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano, alle fondazioni istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), agli IRCCS non trasformati in fondazioni e all'Istituto superiore di sanità.

4. All'onere derivante dal presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

ART. 2-ter. - 1. Per l'attività del Centro nazionale per i trapianti, di cui all'articolo 8 della legge 1° aprile 1999, n. 91, è autorizzata l'ulteriore spesa di euro 2.000.000 per l'anno 2004, di euro 2.097.000 per l'anno 2005 e di euro 2.120.000 a decorrere dall'anno 2006.

2. I fondi di cui al comma 1, ferma restando l'autonomia gestionale del Centro, sono utilizzati per le spese di funzionamento, per l'assunzione a termine di personale di collaborazione nonché per la stipula di contratti con personale di alta qualificazione, con le

modalità previste dall'articolo 15-septies, commi 1, 2, 3, 4 e 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. Per le attività dei Centri di riferimento interregionali per i trapianti, di cui all'articolo 10 della legge 1° aprile 1999, n. 91, è autorizzata l'ulteriore spesa di euro 2.000.000 per l'anno 2004, di euro 4.195.000 per l'anno 2005 e di euro 4.240.000 a decorrere dall'anno 2006, di cui euro 1.500.000 annui destinati alle aziende sanitarie o agli istituti di ricerca ove hanno sede i centri interregionali, per le spese di funzionamento del Centro. Le somme sono ripartite con accordo sancito, su proposta del Ministro della salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. All'onere derivante dal presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

ART. 2-quater. - 1. All'articolo 3, comma 32, secondo periodo, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, dopo le parole: "come integrato dall'articolo 85, comma 6" sono inserite le seguenti: "e comma 8".

ART. 2-quinquies. - 1. Al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 37, dopo il comma 1, è inserito il seguente:

"1-bis. La notificazione relativa al trattamento dei dati di cui al comma 1 non è dovuta se relativa all'attività dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, in quanto tale funzione è tipica del loro rapporto professionale con il Servizio sanitario nazionale";

b) all'articolo 83, dopo il comma 2, è aggiunto il seguente:

"2-bis. Le misure di cui al comma 2 non si applicano ai soggetti di cui all'articolo 78, che ottemperano alle disposizioni di cui al comma 1 secondo modalità adeguate a garantire un rapporto personale e fiduciario con gli assistiti, nel rispetto del codice di deontologia sottoscritto ai sensi dell'articolo 12";

c) all'articolo 89, dopo il comma 2, è aggiunto il seguente:

"2-bis. Per i soggetti di cui all'articolo 78, l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 87, comma 3, e 88, comma 1, è subordinata ad un'esplicita richiesta dell'interessato";

d) all'articolo 181, la lettera e) del comma 1 è abrogata.

ART. 2-sexies. - 1. All'articolo 7, comma 2, della legge 10 agosto 2000, n. 251, dopo le parole: "legge 26 febbraio 1999, n. 42," sono inserite le seguenti: "e per la professione di assistente sociale,".

ART. 2-septies. - 1. Il comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

"4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse".

2. Il termine di cui al comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è differito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Sono fatti salvi gli effetti degli atti amministrativi definitivi, emanati dagli organi preposti nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2003 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, compiuti in ottemperanza delle disposizioni previste dal citato comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

ART. 2-octies. - 1. Al comma 1 dell'articolo 34 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il secondo periodo è sostituito dal seguente: "Fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, il medico specializzando e il laureato in medicina e chirurgia partecipante al corso di formazione specifica in medicina generale possono esercitare le attività di cui all'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, nei limiti delle risorse finanziarie alle stesse attività destinate".

ART. 2-nonies. - 1. Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ».

LAVORI PREPARATORI

Senato della Repubblica (atto n. 2873):

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri (BERLUSCONI) e dal Ministro della salute (SIRCHIA) il 31 marzo 2004.

Assegnato alla 12ª commissione (Igiene e sanità), in sede referente, il 1º aprile 2004, con parere delle commissioni 1ª, (Presupposti di costituzionalità), 1ª, 3ª, 5ª e Parlamentare per le questioni regionali.

Esaminato dalla 1ª commissione (Affari costituzionali), in sede consultiva, sull'esistenza dei presupposti di costituzionalità il 6 e 7 aprile 2004.

Esaminato dalla 12ª commissione il 6, 7, 20, 21 e 27 aprile 2004.

Esaminato in aula e approvato il 5 maggio 2004.

Camera dei deputati (atto n. 4978):

Assegnato alla XII commissione (Affari sociali), in sede referente, il 10 maggio 2004, con pareri del Comitato per la legislazione e delle commissioni I, II, IV, V, VII, XI, XIV e Parlamentare per le questioni regionali.

Esaminato dalla XII commissione, l'11, 12 e 13 maggio 2004.

Esaminato in aula il 12 maggio 2004 per questione pregiudiziale; il 17 e 18 maggio 2004 ed approvato il 19 maggio 2004.

AVVERTENZA:

Il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 76 del 31 marzo 2004.

A norma dell'art. 15, comma 5, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla presente legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Il testo del decreto-legge coordinato con la legge di conversione e corredato delle relative note è pubblicato in questa stessa *Gazzetta Ufficiale* alla pag. 37.

04G0163

triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

171. Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

172. Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989, n. 37, è esteso a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

173. L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 7 settembre 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

- a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;
- b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;
- c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;
- d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;
- e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;
- f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale.

174. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzino un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento (1). Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti. Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario ad acta entro il 31 maggio (1), nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque il blocco