

## Ripariamo di sanità

***Professor Girolamo Sirchia***

*Coordinatore Centro Studi ANPO*

**Convegno ANPO "Assistenza didattica e ricerca  
nel Servizio Sanitario Nazionale:  
il contributo dei primari ospedalieri"**

Udine (Auditorium della Regione), 30 novembre 2012

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), già nato con evidenti difetti, ha subito nel tempo una serie di modifiche che non sono riuscite a migliorarlo. La sua impostazione prevalente sul trattamento della patologia acuta, con il progressivo aumento delle malattie croniche sia negli adulti che nei bambini<sup>1,2</sup> ha generato una crescente difficoltà di soddisfare i bisogni dei cittadini. La totale autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni ha peggiorato le differenze tra le diverse aree del Paese nella quantità e qualità dei servizi sanitari erogati e ha consegnato totalmente la sanità nelle mani della politica regionale. L'aziendalizzazione della sanità, infatti, pur ispirata a principi sani di buona gestione, ha marginalizzato i medici consegnando il potere nelle mani di amministratori di nomina politica.

La stretta economica che stiamo vivendo, infine, invece di indurre a contenere gli sprechi, si traduce in tagli cosiddetti lineari che penalizzano maggiormente le attività migliori e più avanzate. Se ascoltiamo i nostri economisti, sembra che oggi la sanità sia diventata una voce di spesa primaria, dimenticando che il nostro Servizio Sanitario Nazionale costa allo Stato il 7% del PIL ed è tra i più bassi del mondo occidentale. Sembra che il Servizio Sanitario Nazionale debba essere cambiato per ridurre la spesa, non per offrire maggiori probabilità di salute agli Italiani. In compenso non si fa nulla per ridurre gli sprechi che sembrano aggirarsi intorno al 30% della spesa<sup>3,4</sup>.

A fronte di tutto questo i medici italiani non sono stati capaci di intervenire costruttivamente a migliorare il sistema, occupati ciascuno a svolgere al meglio il proprio lavoro quotidiano. Essi non hanno di fatto partecipato ad alcuna delle riforme che decidevano anche del loro destino, o meglio sono stati deliberatamente ignorati e non hanno avuto la forza e la voglia di far sentire la loro voce. E ne avrebbero avuto buona ragione, giacché i provvedimenti che si sono succeduti sui medici non solo ne hanno marginalizzato le funzioni decisionali, ma li hanno appiattiti su un ruolo unico, li hanno

privati di una vera carriera, ne hanno sminuito lo status sociale e il ruolo nella sanità e lo status sociale, trasformandoli da professionisti a dipendenti pubblici: i danni di queste trasformazioni sono ben visibili quando si analizzano le rivedute dei pazienti contro i medici, l'atteggiamento della magistratura nei confronti di questi e la politica delle assicurazioni circa le polizze di responsabilità civile.

Malgrado tutto questo si deve proprio ai medici e al restante personale sanitario (o almeno a parte di esso) se la sanità italiana è in alcuni ambiti di buon livello o addirittura eccellente. Partendo da questa realtà io credo che sia tempo di riaprire un dibattito teso a rivedere il nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche alla luce delle esperienze fatte in altri Paesi. Il Centro Studi dell'Associazione Nazionale dei Primari Ospedalieri (ANPO) ha avanzato alcuni spunti di riflessione, alcuni dei quali, più pertinenti a questo Convegno, sono riportati di seguito.

1. Assistenza, ricerca e didattica sono il trio vincente per assicurare al malato cure moderne e di qualità. Il quarto ingrediente è personale preparato e motivato.
2. Quale ricerca? Quella clinica e sanitaria, più che quella biomedica<sup>5</sup>. Oggi quasi tutto si basa su quest'ultima, che non è proprio della sanità, ma piuttosto dell'Università.
3. Gli IRCCS (Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico) hanno quindi fallito il loro compito: continuare a basare il finanziamento della ricerca sull'*impact factor* anziché sulla ricerca clinica, sviluppo di nuove tecnologie, miglioramento dei servizi sanitari e loro organizzazione, brevetti, li ha resi inutili. La riforma tentata con il D. Lgs 16/10/2003 n. 288, che ne prevedeva la trasformazione in *Fondazioni* per dare loro il ruolo di Centro di Riferimento per specifiche patologie, riunite in rete a coprire il territorio nazionale e collegate con analoghi Centri stranieri, venne vanificata a due livelli: dal Parlamento che inserì la frase "*Fondazioni di natura pubblica*" e dalla Corte Costituzionale che, su ricorso di alcune Regioni, sentenziò come fosse competenza delle Regioni definire la composizione dei Consigli di Indirizzo degli IRCCS, escludendo di fatto la fattiva presenza di altri soggetti pubblici e privati.
4. Alla luce di tutto questo io credo che il Servizio Ospedaliero vada ridisegnato prevedendo due livelli di Ospedali:
  - a) **gli Ospedali locali** (o zonali o di prossimità o di ASL) con compiti di Pronto Soccorso per adulti e bambini 24 ore al dì e di ricovero per patologie di intensità medio-bassa; assistenza geriatrica con forte collegamento con i Medici Generalisti e gli specialisti territoriali (che dovrebbero frequentare questi Ospedali part-time sia per aggiornamento, sia per assicurare continuità assistenziale, sia per assicurare integrazione tra Ospedale e territorio); per ospitare la Casa della Salute e così monitorare i pazienti

cronici dimessi dall'Ospedale (ictus, ecc.), riabilitarli e portare loro assistenza a domicilio. La ASL dovrebbe trasformarsi dal modello attuale ad un'Azienda composta da una rete di strutture a diversa intensità di cura (Ospedale locale, Casa della Salute gestita dai medici territoriali, RSA, domicilio del paziente, ecc.) e dovrebbe sviluppare una forte capacità di indirizzo e controllo (anche con ispettori) sulla quantità e qualità delle prestazioni rese nelle varie aree di attività

- b) **gli Ospedali di riferimento**, sia generali, che specialistici, deputati a trattare la patologia complessa a maggiore intensità di cura, collocati strategicamente nel territorio possibilmente di una Macro-Regione. A questo tipo di Ospedale dovrebbero competere istituzionalmente la ricerca clinica e quella sanitaria, nonché la didattica per l'ultimo triennio di medicina e la specializzazione, in accordo con l'Università. Sarebbe logico che il Patologo Medico o il Clinico Medico fossero Professori Universitari di I fascia con il compito di coordinare l'attività didattica di Professori Associati scelti tra i Primari Ospedalieri e assegnatari di un contratto annuale rinnovabile. Si potrebbe in tal modo porre fine al tanto dannoso dualismo tra Universitari e Ospedalieri: agli Universitari la cattedra, agli Ospedalieri il Reparto Ospedaliero. Due carriere diverse, due afferenze diverse, ma pari dignità senza interferenze nocive, iniquità, conflitti. Anche la ricerca ne sarebbe avvantaggiata: quella biomedica all'Università (anche in collaborazione con gli Ospedali), quella clinica e sanitaria alla sanità.

Gli Ospedali di riferimento dovrebbero diventare *Fondazioni di diritto privato* ed essere retti da un Consiglio di Amministrazione con componenti competenti nominati da Collegi tecnici nazionali (per allontanarsi dall'influenza territoriale) di varia afferenza e con ampio spazio alla comunità locale.

Alla Regione il compito non di nominare e di gestire, ma di indirizzare e valutare, usando lo strumento dell'accreditamento per assicurare la qualità dei servizi.

5. Infine il personale. E' necessario che chi vuole iscriversi alla Facoltà di Medicina si sottoponga ad un esame attitudinale. Oggi esistono gli strumenti per realizzarlo, anche se imperfetti<sup>6,7</sup>. Il numero degli iscritti deve essere programmato e il corso di laurea durare 4 anni, seguito da altri 4 anni di specialità, che pure dovrebbero essere preceduti da un esame attitudinale e prevedere un numero di posti proporzionale alle necessità del Servizio Sanitario Nazionale. La specialità si dovrebbe svolgere negli Ospedali di riferimento e nelle Case della Salute ad opera dei professori associati ospedalieri (e territoriali), sotto la direzione dei Direttori Universitari della scuola. Sarebbe

infine necessario istituire per tutti i medici un sistema di *Continuous Professional Development* (CPD) che consenta una rivalidazione, ossia una conferma della abilitazione ad esercitare la professione sul modello che sta prendendo il via in Gran Bretagna.

Sarebbe infine da attuare una gestione moderna del personale, che ne curi l'aggiornamento, la motivazione e ne valorizzi il merito sia con riconoscimenti morali che materiali.

Dovrebbe essere poi ridisegnata una carriera che distingua i medici in consulenti (ossia esperti) e giovani (magari con contratti di lavoro diversi), che distingua anche economicamente chi lavora negli Ospedali di riferimento da quelli impegnati negli Ospedali locali, che preveda incentivi sui risultati, che premi i comportamenti e l'impegno nell'attività clinica, nella ricerca e nella didattica. In una parola dovremmo ripristinare lo status sociale ed il ruolo dei medici, che decenni di insensata politica populista ed egualitarista sono riusciti a demolire. Solo un medico soddisfatto del proprio lavoro e orgoglioso della sua professionalità riesce a dare al paziente una prestazione di alto livello<sup>8</sup>. Non investire nel medico e nelle sue motivazioni non è certo una causa trascurabile sia dei disservizi cui spesso assistiamo, sia dello scontento dei cittadini, sia degli sprechi che affliggono la nostra sanità. L'opera di ricostruzione della figura del medico nella società è di certo lunga e difficile, anche perché si tratta di una società che ha perduto molti dei suoi valori morali, ma è un percorso indispensabile per ottenere una sanità migliore.

6. Come ambiti di ricerca sanitaria dovranno essere valutati modelli gestionali, quali la delega al Dipartimento per assicurare quantità e qualità dei risultati a fronte di risorse, poteri e responsabilità prenegoziate e definite (vedi 9), il piano di dimissione ospedaliera gestito con il territorio, la cura dei cronici a domicilio, il *team-work* con personale sanitario e non sanitario integrati, il modello e la gestione del CPD per la rivalidazione, aree tutte che consentono non solo di migliorare l'assistenza, ma anche di ridurre gli sprechi<sup>10</sup>.

L'ANPO propone allo stato e alle Regioni, agli altri Sindacati medici e non medici e a tutte le forze interessate della sanità italiana di collaborare per studiare una riforma del nostro Servizio Sanitario Nazionale che gli consenta di uscire dalla palude in cui è precipitato, per ridare agli Italiani quella garanzia di salute che essi chiedono con insistenza. E' umiliante osservare come, a fronte delle molte possibilità di migliorare che abbiamo a disposizione, ci si perda nel piccolume, nei piccoli interessi, in provvedimenti confusi e inutili ancora intrisi di vecchie ideologie e pregiudizi. E' ora di aprire la strada alle persone oneste che capiscono di sanità nell'interesse dei pazienti, dei sanitari e della finanza pubblica.

## Bibliografia

1. Jones DS et al. *The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine*. NEJM **366**;25, 2333-38, 2012
2. Slomski A. *Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems*. JAMA **308**, 223-225, 2012-11-27
3. Berwick DM, Hackbarth MV. *Eliminating waste in US health care*. JAMA **307**, 1513-16, 2012
4. Gabow P et al. *Marshalling leadership for high-value health care*. JAMA **308**, 239-40, 2012
5. Gelijns AC et al. *Looking beyond Translation – Integrating Clinical Research with Medical Practice*. NEJM **366**, 1659, 2012.
6. Kaplan M et al. *Building a Better Physician – the case for the New MCAT*. NEJM **366**, 1265, 2012
7. Atkinson JM et al. JRColl Physicians Edinb 42, 101, 2012
8. Limb M. *Trusts can improve care by better engaging their staff, says think tank*. BMJ **344**,e3543,2012
9. Sirchia G. *Spunti per una sanità migliore*. Piccin Editore, 2011, pag. 115
10. Torjesen J. *Integrated care pilot reduces admissions*. BMJ **344**, 5, 2012.

Milano, 3 dicembre 2012

## Suggerimenti per contenere la spesa sanitaria

### Premessa

La spesa sanitaria pubblica in Italia si aggira intorno al 7% del PIL ed è una delle più basse del mondo occidentale. Il disavanzo di 40 miliardi di Euro oggi evidenziati è per 33 miliardi di Euro da imputare alle Regioni commissariate ossia Regioni che hanno gestito male la sanità.

### I – Criteri per il Governo e per le Regioni

- 1) Il commissariamento delle Regioni in disavanzo non può essere affidato al Presidente della Regione, ma ad un manager di documentata capacità.
- 2) E' necessario costituire per la sanità tre Macro-Regioni al fine di evitare che ogni Regione anche piccola debba attivare tutti i servizi anche di altissima specialità, quali ad esempio le Banche di Cellule Staminali o il Centro Regionale di Riferimento per i trapianti. Il Nord Italia Transplant (NITp) è un esempio di come una struttura multiregionale possa funzionare con alta qualità e bassi costi per coordinare il prelievo e il trapianto di organi in un territorio composto da 5 Regioni e abitato da circa 18 milioni di abitanti.  
Ricordiamo che in Italia sono state invece istituite ben 20 Banche di Cellule Placentari, quanto potrebbe servire a tutta l'Europa. Ciò è dovuto al fatto che ogni Regione compete con le altre per mostrare di essere più avanzata nella sanità di altissima specialità.
- 3) Bisogna differenziare gli Ospedali zonali a bassa intensità di cura da quelli di Riferimento ad alta intensità di cura, che potrebbero essere distribuiti strategicamente nel territorio di ogni Macro-Regione, così da evitare inutili doppioni, come è accaduto in Lombardia quando sono state accreditate ben 22 Cardiocirurgie senza tener conto del fatto che grazie all'innovazione tecnologica si

stava determinando una progressiva riduzione del volume di lavoro delle Cardiochirurgie. Gli Ospedali di prossimità o zonali dovranno avere un Pronto Soccorso collegato con l'Ospedale di Riferimento e Reparti a prevalenza geriatrica o di riabilitazione, Ambulatori, Case della Salute per malati cronici adulti e bambini, gestite da medici generalisti insieme agli specialisti, e pochi altri Reparti.

- 4) Nelle grandi città sono molti gli Ospedali che fanno tutti le stesse cose ovvero tutti fanno tutto. Bisogna che questo sistema venga cambiato, assegnando ad ogni Ospedale una sua specialità prevalente, così da ridurre il numero degli Ospedali.
- 5) Le Regioni devono utilizzare l'accreditamento in modo più proprio, cioè atto ad ammettere al Servizio Sanitario Regionale solo quelle strutture che superano i livelli minimi di qualità, di quantità e costi. Finora l'accreditamento è stato usato dalle Regioni con altri criteri. Ovviamente il rispetto dei criteri deve essere assicurato da ispettori capaci ed ispezioni frequenti.
- 6) Ridurre il peso della quota amministrativa della sanità.  
Ricordiamoci che il costo delle Regioni per il proprio mantenimento ammonta a 49 miliardi di Euro l'anno.
- 7) Non ammettere ai LEA la patologia che insorge per attività ludiche (sport, etc.) e rivedere più in generale i LEA per evitare che continuino ad essere effettuati interventi non necessari.
- 8) Ridurre i costi della non qualità e più in generale degli sprechi, che ammontano a circa il 30% della spesa sanitaria.
- 9) Centralizzare gli acquisti, ma pagare i fornitori a 60 giorni.
- 10) Integrare il sociale e sanitario nelle Case della Salute, facendovi afferire sia i fondi della ASL, sia quelli dei Comuni per l'assistenza sociale.
- 11) Responsabilizzare i Capi Dipartimento ed i Primari.  
Come più volte indicato (vedi "*Spunti per una Sanità Migliore*". Piccin Editore, pag. 115) e il blog [www.girolamosirchia.org](http://www.girolamosirchia.org), impegnarli in sostanza affinché rispondano della quantità e qualità dei servizi erogati a fronte di un finanziamento certo prenegoziato e previo conferimento dei poteri per organizzare e gestire il Dipartimento in modo autonomo, inclusa la facoltà di ordinare la spesa.

## II – Criteri per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

### Box. A CEO Checklist for High-Value Health Care

#### Foundational Elements

Governance priority—visible and determined leadership by CEO and board

Culture of continuous improvement—commitment to ongoing, real-time learning

#### Infrastructure Fundamentals

Information technology (IT) best practices—automated, reliable information to and from the point of care

Evidence protocols—effective, efficient, and consistent care

Resource utilization—optimized use of personnel, physical space, and other resources

#### Care Delivery Priorities

Integrated care—right care, right setting, right providers, right teamwork

Shared decision making—patient-clinician collaboration on care plans

Targeted services—tailored community and clinic interventions for resource-intensive patients

#### Reliability and Feedback

Embedded safeguards—supports and prompts to reduce injury and infection

Internal transparency—visible progress in performance, outcomes, and costs

---

(Gabow P et al. *Marshalling leadership for high-value health care*. JAMA **308**, 239-40, 2012)

## Conclusioni

Gli interventi sopra citati ai punti I e II hanno bisogno di un tempo sufficiente per essere realizzati, di una sperimentazione per valutarne la fattibilità e di metodi di valutazione di efficacia. Alcuni pseudorimedi, come la franchigia adombrata dall'attuale Ministro della Salute (1% sul reddito dichiarato), hanno effetti regressivi gravi e rappresenterebbero un'iniquità, in quanto si costringerebbero i cittadini a pagare una seconda volta per ottenere i servizi sanitari.