

APPENDICE 6

Considerazioni sull'attuale assetto sanitario

Commissione "Interazioni con il Servizio Sanitario Nazionale ed Articolazione di Nuovi Modelli Organizzativi"

Coordinatori

Alessandro Boccanelli¹ (Roma), Livio Dei Cas² (Brescia)

Componenti

Fulvio Bellocci³ (Roma), Michele Brignole⁴ (Lavagna, GE), Damiano Casalucci⁵ (Torino), Giuliano Cozzaglio⁶ (Brescia), Arturo Giordano⁷ (San Giuseppe Vesuviano, NA), Giovanni Gregorio¹ (Vallo della Lucania, SA), Marco Marini⁸ (Ancona), Gian Luigi Nicolosi¹ (Pordenone), Francesco Romeo² (Roma), Giuseppe Scattolin⁹ (Padova), Carlo Schweiger¹⁰ (Rho, MI), Giuseppe Vergara¹ (Rovereto, TN), Roberto Verlato⁴ (Camposampiero, PD)

¹ANMCO, ²SIC, ³GIEC, ⁴AIAC, ⁵ARCA, ⁶SICOA, ⁷SICI-GISE, ⁸GICN, ⁹SIEC, ¹⁰GICR

(G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 81S-84S)

Ospedale

Il 28% dei 1066 ospedali italiani è stato costruito prima del 1900, un altro 29% dal 1900 al 1940. Dunque, più di 500 ospedali hanno più di 60 anni di età: un patrimonio non adeguato alle attuali attese di sicurezza, *comfort* e affidabilità.

È necessario sviluppare dei principi guida in grado di orientare la progettazione e la gestione delle strutture ospedaliere. Un documento di consenso sui principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza è stato elaborato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nel 2003. I principi informativi sono gli stessi già enunciati per il metaprogetto definito "Ospedale Piano". Essi mantengono la loro validità e possono, a distanza di alcuni anni, essere confermati, esplicitati e integrati con ulteriori elementi innovativi.

Un ospedale moderno si deve ispirare ai seguenti principi:

- *umanizzazione*, che va fondata sulla centralità della persona, sulla buona accoglienza, sulla personalizzazione del trattamento e sull'equità di accesso
- *organizzazione*, concetto basato su tre cardini: efficienza, efficacia, economicità
- *appropriatezza*, che è rappresentata dall'a-

deguatezza delle cure e dell'uso delle risorse

- *affidabilità*, che è garanzia di sicurezza
- *interattività*, concetto che si realizza nell'attuare la continuità assistenziale
- *innovazione*, ottenuta attraverso il continuo rinnovarsi dei metodi diagnostici, terapeutici, tecnologici e informatici
- *formazione*, in cui deve assolutamente essere inserito l'aggiornamento culturale e professionale
- *ricerca*, potenziata dando forte impulso all'approfondimento clinico-scientifico
- *urbanità*, realizzata attraverso l'integrazione con il territorio e la città
- *socialità*, ottenuta creando un forte senso di appartenenza e solidarietà
- *flessibilità*, che significa capacità di adattamento alle mutate esigenze assistenziali.

Il vecchio modello di ospedale, di tipo "estensivo", di grandi dimensioni, a basso contenuto tecnologico, spesso con duplicazioni di servizi al suo interno, deve lasciare il posto ad un nuovo modello di tipo "intensivo", ad elevato contenuto tecnologico, accentrato, finalizzato al trattamento multidisciplinare dei pazienti ad elevata complessità e anche in grado di offrire modalità alternative di trattamento per gli ammalati che necessitano di una minore intensità assistenziale (day hospital, day surgery, ambulatori coordinati).

L'ospedale moderno deve essere:

- sempre più luogo di cura per pazienti acuti e ipercuti
- sempre meno votato ad assistere pazienti cronici stabilizzati.

Deve invece avere:

- sempre meno letti, nel suo complesso
- sempre più letti per l'ospedalizzazione diurna (day hospital e day surgery)
- sempre più letti per l'emergenza.

Rapporti pubblico/privato/IRCCS

Gli attuali rapporti tra l'ospedalità pubblica e quella privata traggono origine dai Decreti Legislativi 502 e 517 del 1992 e 1993 che introducevano il concetto di aziendalizzazione e di accreditamento da applicarsi, a condizione che fossero presenti dei "requisiti minimi", poi declinati da un successivo Decreto Ministeriale del 14.01.1997, indifferentemente agli ospedali pubblici come a quelli a capitale privato ma a funzione pubblica. Sempre a seguito dei due decreti che preconizzavano una nuova modalità di pagamento a prestazione, un successivo Decreto Ministeriale del 15.04.1994 ha disposto la modalità di retribuzione degli ospedali con il sistema DRG, anche in questo caso parimenti applicato agli ospedali pubblici e privati.

A seguito di questi provvedimenti legislativi, seppur con molti aggiustamenti e qualche "deviazione", il sistema sanitario italiano ha subito un riordino ed una modernizzazione che gli ha consentito di raggiungere uno standard allineato ai migliori del mondo.

All'inizio di queste riforme, a metà degli anni '90, l'ospedalità privata era caratterizzata da alcune criticità quali una modesta dotazione tecnologica, ridotte dotazioni di personale sanitario e tendenza a ricoverare patologie più semplici, mentre le criticità dell'ospedalità pubblica erano individuabili in carenze strutturali, nello scarso *comfort* alberghiero, nell'impersonalità dei rapporti umani e nell'autoreferenzialità. L'introduzione in sanità (almeno nelle Regioni che l'hanno applicata) di regole di accreditamento precise e di un confronto tra la sanità pubblica e quella privata accreditata ha contribuito a colmare le lacune di entrambi i sottosistemi.

Infatti, al comparto privato è stato imposto un netto miglioramento delle dotazioni tecnologiche, un aumento ed una qualificazione del personale sanitario, una serie di norme utili a favorire il ricovero di patologie sempre più complesse anche attraverso l'obbligo di partecipazione al sistema dell'urgenza-emergenza, con la realizzazione di Pronti Soccorso e di Dipartimenti di Emergenza-Accettazione.

Di contro, al settore pubblico, oltre ad aver imposto come ai privati accreditati il raggiungimento dei requisiti minimi strutturali in un tempo definito (prima erano previsti 5 anni che poi sono stati prorogati, ma in ogni caso il processo di adeguamento si era avviato), è stato richiesto un percorso di qualità teso ad ottenere una certificazione dei risultati raggiunti ed infine, per tutti, è diventato obbligatorio l'accredimento istituzionale e la necessità di richiedere l'autorizzazione agli organi competenti ogniqualvolta vi fossero rilevanti modifiche strutturali o organizzative dell'assetto accreditato.

Questi presupposti si sono sviluppati nelle varie regioni d'Italia a macchia di leopardo, anche indipendentemen-

te dalle impostazioni politiche delle singole Regioni: a riprova di ciò si ricorda che la più numerosa e qualificata presenza di ospedali privati accreditati, in particolare nell'ambito cardiovascolare, con numerose U.O. di Cardiologia dotate di emodinamica e di elettrofisiologia e di U.O. di Cardiochirurgia che in molti casi erogano un numero di prestazioni pari o superiori a quelle erogate dagli ospedali pubblici, è presente in due Regioni quali la Lombardia e l'Emilia, storicamente su fronti politici opposti.

A 15 anni dai decreti 502 e 517 è lecito, quindi, ritenere che modelli che integrino, a vario titolo, la componente pubblica con quella privata accreditata abbiano dimostrato ampiamente la loro validità. Ciò non vuol dire che sia opportuno cercare di trasferire e di calare integralmente un determinato modello per quanto valido da una Regione all'altra, ma piuttosto che ogni Regione debba costruirsi il proprio modello di sanità regionale, in considerazione della propria storia, della propria situazione geoterritoriale, del proprio orientamento politico. Un rigoroso modello di accreditamento e controllo regionale dovrà disciplinare il comportamento delle strutture pubbliche e private, in quanto il produttore non sempre tende spontaneamente ad erogare le prestazioni più appropriate in assenza di vincoli di programmazione, con il conseguente rischio di alimentare i cosiddetti "comportamenti opportunistici". Tale modello si potrà sviluppare, nel rispetto delle autonomie delle singole Regioni, avvalendosi o delle ASL ove queste (come avviene ad esempio in Lombardia) non svolgano ruoli di erogatori ma esclusivamente di programmazione/acquisto/controllo (evitando quindi i conflitti di interesse controllato/controllore) oppure da un soggetto terzo nelle Regioni in cui gli ospedali siano sotto il controllo gestionale diretto delle ASL stesse.

Nell'ottica di una moderna medicina, gli obiettivi dei controlli, che qui di seguito si esemplificano, dovranno essere molteplici, partendo dalle situazioni più gravi (da condannare ovviamente e da perseguire nelle sedi opportune) fino a quelle più opinabili e talora legate a variabili di tipo economicistico:

1. La messa in luce di comportamenti opportunistici (ricoveri finalizzati ad effettuare procedure diagnostiche o terapeutiche di non comprovata efficacia fino alla modifica di dati delle cartelle al fine unico di trarne un beneficio economico).
2. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri, intesa non soltanto come la comprovata utilità di un determinato ricovero, ma anche come il *setting* adeguato alle necessità diagnostico-terapeutiche ossia la stima delle condizioni patologiche meritevoli di ricovero ordinario rispetto a quelle che risultano trattabili in day hospital o in ambulatorio.
3. La correzione della proliferazione e della ripetizione degli esami diagnostici eseguiti recentemente in altre sedi.

Questo modello di controllo, oltre ad evidenziare possibili situazioni di palese dolo, è innegabilmente utile a far "maturare" il sistema, ma il vero correttivo è prioritariamente identificabile in una rivalutazione dell'eticità e del rispetto dei principi deontologici degli operatori che, se applicata, non potrà non giovare a tutto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ospedaliero e territoriale, indipendentemente se a capitale pubblico o privato.

Nel corso di questi anni sono emerse da parte delle Regioni due scuole di pensiero sulla programmazione: quella

lombarda "prima maniera" che ha affidato al cosiddetto "libero mercato" dei pazienti il ruolo di decisore delle necessità di salute dei cittadini, impostazione contrapposta a quella di Regioni, quali l'Emilia-Romagna e la Toscana, che hanno previsto una rigida programmazione basata su indici demografici/epidemiologici. In un periodo più recente la Lombardia ha rivisitato i propri criteri prevedendo di assegnare agli erogatori due budget (uno per i ricoveri ed uno per le prestazioni ambulatoriali) la cui rigidità viene modulata da una serie di prestazioni fuori budget (in ambito cardiologico, ad esempio, l'infarto miocardico acuto trattato con angioplastica primaria); caratteristica di questi budget è di essere stati disegnati sulla base dei dati storici del periodo precedente, quindi relativamente rispondenti al bisogno di salute dei cittadini.

Si ritiene che la migliore opzione programmatica si possa individuare in una mescolanza delle precedenti che consenta da un verso la flessibilità gestionale da parte degli ospedali e dall'altro non rischi di scivolare eccessivamente verso derive mercantistiche; l'ultima versione lombarda, con eventuali correttivi, sembra avvicinarsi ad un buon modello di distribuzione delle risorse.

In ogni caso, l'accreditamento regionale deve muoversi nell'ambito di quelli che, a livello nazionale, vengono declinati come Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che sono rappresentativi di quanta quota parte di PIL uno Stato può e vuole dedicare all'assistenza sanitaria, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate e rispettose dei bisogni di salute dei cittadini. Un secondo livello di relazione positiva tra pubblico e privato può riguardare forme di collaborazione gestionale, utili soprattutto per attirare capitali privati da investire in opere (strutture, impianti) per le quali le risorse pubbliche non sarebbero sufficienti.

Il Servizio Sanitario Nazionale è un sistema complesso in cui operano differenti soggetti istituzionali (aziende o presidi di azienda sanitaria pubblica, enti in rapporto di collaborazione e/o integrazione funzionale con questi). È pertanto evidente che l'esame del sistema ospedaliero italiano pubblico e privato accreditato deve essere esteso al ruolo svolto dalle Facoltà di Medicina e dalle strutture da esse dipendenti (policlinici universitari, aziende ospedaliere-universitarie, aziende integrate con l'università) nonché dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e di diritto privato.

Per quello che riguarda gli IRCCS, pubblici e di diritto privato, dopo l'approvazione del nuovo ordinamento sembra indispensabile anzitutto la revisione di tutte le strutture classificate come tali per verificarne il possesso dei requisiti, nel rispetto della funzione principale degli Istituti, costituita da una specifica vocazione alla ricerca trasferibile all'assistenza. È altrettanto evidente che tutto ciò debba avvenire nel rispetto degli obiettivi nazionali di salute e che gli IRCCS siano un luogo privilegiato per l'innovazione e l'assistenza in settori nosologici particolari, quale per esempio quello delle malattie rare.

In questo quadro andrà implementata la quota oraria del personale sanitario degli IRCCS destinata alla ricerca e alla didattica, che deve essere adeguata alla *mission* scientifica oltre che a quella assistenziale.

La parte riguardante l'università trova spazio nella sezione apposita "Formazione post-laurea e scuole di specializzazione".

La legge che governa i rapporti di insegnamento e assistenza fra ospedali e università è già vigente, ma sono necessarie azioni positive per l'applicazione. Il rapporto tra le strutture del SSN e le università fu sancito con il D.Lgs. 502, al fine di attivare le necessarie sinergie per il perseguimento dei rispettivi compiti istituzionali. A distanza di molti anni dalla sua emanazione risulta evidente l'esigenza di rivitalizzare questo rapporto e di renderlo maggiormente proficuo, prevedendo anche che ospedali privati accreditati con caratteristiche di eccellenza, come già in talune realtà accade, possano stabilire rapporti convenzionali con le università. Questa necessità è particolarmente sentita in relazione alla formazione post-laurea e alla determinazione, su base strettamente scientifica, del fabbisogno formativo.

Occorre sviluppare una maggiore integrazione tra le opportunità formative fornite dalle università e dagli ospedali, i quali ultimi sopperiscono frequentemente alla carenza di strutture delle cliniche universitarie e conseguentemente alla possibilità di effettuare didattica al letto del malato.

La questione della formazione richiede una rigorosa applicazione, allo scopo di renderla maggiormente funzionale alle esigenze del SSN.

Sul versante universitario, oltre alla formazione post-laurea, emergono numerose problematiche che richiedono interventi adeguati. Come è ormai avvenuto in altre nazioni, anche la programmazione della formazione universitaria e post-universitaria deve tener conto delle esigenze demografiche e strutturali del paese stesso.

Superamento delle disparità strutturali

La risoluzione politica del problema delle disuguaglianze strutturali e delle difficoltà nell'accesso alle cure rappresenta un obiettivo prioritario. Le iniziative amministrative tenderanno a realizzare modelli di gestione improntati all'efficienza, in relazione alla allocazione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ed alla loro ripartizione fra le Regioni. Il sistema di responsabilizzazione regionale dovrebbe prevedere la possibilità di indirizzare fondi aggiuntivi verso le aree in maggiore crisi sia sul versante sanitario che su quello strettamente economico.

Quanto sopra esposto sottolinea l'importanza del sistema di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni, condizionando i trasferimenti perequativi e le compartecipazioni al rispetto degli indicatori qualitativi e quantitativi. Un adeguato sistema di monitoraggio è infatti una condizione necessaria per il governo della spesa di un moderno sistema sanitario. In Italia, tale importante funzione è oggi affidata alle ASL, che si trovano così in una chiara situazione di conflitto di interessi, perché è loro demandato il compito di controllare se stesse. In futuro, occorrerà rafforzare il sistema "requisiti mini-accreditamento", creando un'apposita "Autorità terza" (da non confondere con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), cui demandare le funzioni di coordinamento dell'accertamento della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei controlli e della valutazione del SSN, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore.

Le ASL, i Comuni ed i cittadini

La domanda di salute e di cure si va caratterizzando sempre più per l'inestricabile rapporto fra bisogni sociali e bisogni sanitari: emblematico è il caso della non autosufficienza.

Di fronte a questa nuova realtà non è più sostenibile l'attuale rigida separazione istituzionale fra assistenza sociale e sanitaria. È per questo motivo che occorre favorire il coinvolgimento attivo dei Comuni in un ruolo che sia realmente incisivo e di responsabilità.

L'integrazione con le politiche sociali rappresenta uno dei principali banchi di prova della cooperazione tra i soggetti (Regioni, Aziende, Comuni, terzo settore). È indispensabile l'attivazione di strategie comuni di intervento in grado di assicurare la continuità delle cure, soprattutto per le persone più fragili e per i malati cronici, promuovendo, in ogni circostanza, la possibilità per la persona di essere assistita a domicilio o comunque attraverso servizi di "prossimità" (centri diurni, residenze di sollievo, ecc.). Per favorire tale processo, oggi ancora molto frammentato, è urgente la definizione di "livelli essenziali" relativi ai servizi socio-sanitari integrati.

Nelle aree metropolitane è necessario che la programmazione della rete dei servizi sanitari si realizzi in modo coordinato con le trasformazioni urbane. È necessaria un'articolazione dei servizi dinamica, in grado di accompagnare la crescita di nuovi insediamenti abitativi lungo le direttrici di espansione e di mobilità delle città. Una programmazione, dunque, che, alla luce delle analisi epidemiologiche e degli indicatori di sviluppo urbano, sia il frutto di una visione ampia, che sappia andare oltre i confini delle singole Aziende Sanitarie e di ciascun ente locale, prendendo come punto di riferimento prioritario l'intera area cittadina e i suoi abitanti.

Bisogna agire per un'integrazione di tipo:

1. Istituzionale, assegnando ai Comuni (associati per evitare frammentazioni) un rinnovato e forte ruolo nel rapporto con le ASL e con la Regione.
2. Organizzativo, facendo coincidere il distretto sanitario con quello sociale come sede, anche funzionale, nella quale realizzare l'integrazione, in cui sia centrale la "presa in carico" del cittadino.

Occorre inoltre modificare il governo delle ASL, introducendo il concetto della compartecipazione dei cittadini alle decisioni ed un loro controllo dei risultati ottenuti (performance). Anche in questo senso è necessario coinvolgere i Comuni, massima espressione del governo locale.

Una serie di variabili sono da tenere in conto per delineare trend innovativi di cura nel più ampio contesto socio-economico nazionale quali:

- la modifica del quadro demografico ed epidemiologico (invecchiamento, denatalità, disagio giovanile, immigrazione, disabilità, cronicità)
- la ricerca
- la pluridisciplinarietà
- la complementarietà del sistema universitario nella promozione e nella tutela della salute e la formazione di nuove professionalità nei servizi alla persona.

Appropriatezza ed equità

Il "primato della politica" è una espressione con la quale si intende che la politica deve perseguire finalità di interesse generale e fare scelte che indirizzino verso il raggiungimento del bene comune. Poiché risulta deficitaria la capacità della politica di perseguire interessi generali, "primato della politica" finisce per essere solo un sinonimo di controllo politico esercitato su una ingente quantità di posti e di risorse. La carenza di "alta politica" (quella che persegue l'interesse generale) lascia spazio alla "bassa politica" o "politica debole", quella che, al massimo, persegue come obiettivo l'autoconservazione occupando tutti i posti disponibili. Quanto sopra costituisce il motivo principale del discredito e insofferenza crescenti di cui soffre oggi la politica. L'etica pubblica, il ruolo della politica, il rapporto tra politica e affari, il rispetto della legalità sono questioni non ideologiche, in quanto da esse discende, per quanto riguarda il nostro tema, la salute della popolazione. L'articolo 32 della nostra Costituzione afferma che "La Repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti". I concetti principali sottolineati dalla Costituzione sono:

- universalità dei destinatari
- globalità delle prestazioni
- uguaglianza del trattamento
- rispetto della dignità personale.

Pertanto il diritto alla salute è un bene primario da salvaguardare e la salute è l'obiettivo primario del lavoro del medico. L'organizzazione del sistema sanitario è molto complessa, perché la distribuzione della salute deve essere universale, solidale, uguale per tutti. Gli interventi che ci si attende dalla politica che guida il SSN per innovare nel profondo il sistema ospedaliero italiano e soddisfare tutte le esigenze dei cittadini, eliminando il già denunciato divario tra qualità dei servizi erogati e soddisfazione del cittadino, devono essere finalizzati soprattutto al corretto utilizzo delle risorse, usualmente espresso da una sola parola: *appropriatezza*.

Si tratta di un concetto non nuovo: il DPCM del 29 novembre 2001, con il quale sono stati introdotti i LEA, auspicava già l'incremento dell'appropriatezza attraverso:

- la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici
- il collegamento in rete dei presidi
- lo sviluppo del governo clinico
- la rimodulazione del sistema di remunerazione
- lo sviluppo del sistema informativo (indicatori di appropriatezza)
- i sistemi di valutazione dei dirigenti e delle strutture
- i sistemi di valutazione degli esiti.

Dalla gestione politica del SSN si attende un segnale concreto di modernizzazione secondo le linee sopra esposte. La classe medica e le Società Scientifiche hanno il diritto-dovere di mettere a disposizione la propria esperienza tecnica per l'adozione delle scelte migliori.