

# Problematiche emergenti e prospettive

FERRUCCIO FAZIO



## Il punto di vista del Libro Bianco “La vita buona nella società attiva”

Il Libro Bianco propone un nuovo modello sociale, nel quale elemento cardine è la cura della salute, ma anche il benessere nella società, perseguito attraverso comportamenti e stili di vita responsabili. Tali asserzioni trovano fondamento nella convinzione che, un'economia di mercato regolata, si deve integrare con la migliore attenzione ai criteri della coesione sociale. Tuttavia, una maggiore attenzione ai bisogni delle persone deve coniugarsi con la sostenibilità del sistema sanitario e socio-assistenziale in essere che molteplici fattori di contesto rendono sempre più difficilmente perseguibile.

Primo tra tutti, la grande crisi economica che ha assunto progressivamente una dimensione planetaria, generando insicurezze nelle persone ed effetti evidenti sui sistemi di welfare, in termini di vincoli di finanza pubblica, instabilità degli erogatori e delle prestazioni. A ciò si aggiungono gli effetti indotti dai cambiamenti demografici, prevalentemente ascrivibili all'invecchiamento della popolazione, alla riduzione della natalità, al mutare delle aspettative di vita, nonché l'impatto di tipo epidemiologico che ne consegue, a seguito del quale diventano sempre più prioritarie le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie dell'invecchiamento e della infanzia, il diabete e le malattie metaboliche.

In aggiunta, il Libro Bianco individua limiti strutturali nell'attuale sistema sanitario e socio-assistenziale nazionale. In particolare, nonostante

il sistema sanitario italiano sia considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei primi al mondo, si riscontrano situazioni di estrema inefficienza, soprattutto nelle aree del Mezzogiorno. Le analisi che considerano la spesa sanitaria articolata per Regioni, sotto diversi parametri, confermano che le criticità non risiedono in una carenza di mezzi ma anzi, non di rado, a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti. Ne è riprova il fatto che sono sempre più consistenti i flussi di mobilità di pazienti dal Sud al Nord alla ricerca di prestazioni e livelli essenziali di qualità, non erogati dalle Regioni di appartenenza, nonostante (e forse proprio a causa di) una capillare e abnorme diffusione di ospedali “generalisti”. L'incremento esponenziale dei costi e il dispendio di risorse umane e professionali è l'ovvia conseguenza: nel 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio, la spesa sanitaria nazionale potrebbe più che raddoppiare. Gli stessi Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare su tutto il territorio nazionale, sono diventati talora l'alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché privi di efficaci meccanismi di controllo e monitoraggio. Anche per la spesa socio-assistenziale si registra una profonda cesura tra le varie aree del Paese, oltre ad una frequente frammentazione tra servizi sociali, sanitari e assistenziali.

Il Libro Bianco constata che, oggi, non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma

assistenziale e paternalistica, ma è tuttavia necessario saper individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondervi, tenendo sempre presente il bene comune. A tali fini, viene proposto un nuovo modello di welfare – il welfare delle opportunità e delle responsabilità – il quale, nel privilegiare una visione multidisciplinare, organica ed integrata dei servizi rivolti alla persona, ne affronta in ottica sistemica gli aspetti di sostenibilità, soprattutto in chiave prospettica, delineando nuovi principi ispiratori e possibili linee di azione.

Il welfare delle opportunità e delle responsabilità si rivolge alla persona nella sua integralità, interviene in anticipo, con un'offerta personalizzata e differenziata, rispetto al formarsi del bisogno, e sa stimolare comportamenti e stili di vita responsabili. Il modello proposto si fonda su una visione integrata dell'insieme di prestazioni e servizi – pubblici e privati – che devono concorrere alla vita buona dei cittadini nel contesto necessario di una società attiva. Il modello proposto attribuisce un nuovo ruolo per l'attore pubblico, che invece di essere il monopolista nell'erogazione dei servizi, è chiamato a determinare le linee guida degli interventi e ad assicurare il controllo sulla qualità, con particolare attenzione alla programmazione e allo sviluppo del territorio, che rappresenta la dimensione idonea per l'attuazione delle politiche coerenti con il modello proposto. Il territorio rappresenta infatti l'ambito più idoneo a realizzare risposte integrate e quanto più preventive ai bisogni attuali e potenziali della persona. È nel territorio che si sviluppano i servizi socio-sanitari rivolti alla prevenzione, alla diagnostica precoce, alle cure primarie, all'assistenza domiciliare. Nel nuovo modello proposto, la salute non identifica più semplicemente la cura della malattia ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, tenen-

do conto delle differenti condizioni di ciascuno. Ne consegue uno spostamento del *focus* dalla fase acuta alla prevenzione primaria e secondaria, alla promozione di corretti stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro, da cui deriva il progressivo consolidamento di un modello di ospedale che opera in grandi reti – grazie anche alle metodiche di “dematerializzazione” oggi disponibili, funzionali alla trasmissione e archiviazione delle informazioni – e che lascia spazio ad una filiera di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione assolutamente innovativi anche nelle modalità di erogazione e organizzazione, concretamente in grado di sviluppare ed attuare politiche di integrazione e gestione unitaria dei servizi socio-sanitario-assistenziali. Ciò pone altresì in evidenza il ruolo strategico della medicina generale, quale “collettore” di tutte le energie e risorse presenti sul territorio, chiamata ad evolvere sempre più verso forme di associazionismo e di collaborazione, per dar vita ad un sicuro e stabile riferimento per il paziente e per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano.

Il modello proposto si fonda sulla “presa in carico” della persona. A tali fini, uno degli strumenti essenziali è il fascicolo personale elettronico. Sul versante della salute, il fascicolo personale elettronico è finalizzato a raccogliere e trasmettere dati clinici individuali, in modo da garantire la massima continuità delle tutele attraverso i diversi servizi. La costruzione del fascicolo, la sua implementazione nel tempo, l'utilizzo delle informazioni e la loro tracciabilità pongono una grande sfida di innovazione tecnologica – che non può prescindere dall'attuazione di un percorso evolutivo progressivo – ma soprattutto di cambiamento culturale, di responsabilità del cittadino verso la propria salute, e del medico nei processi decisionali e terapeutici.

Considerazioni in merito all’eventualità di periodiche fasi di instabilità economica, a partire da quella in essere, unitamente alle già rappresentate criticità di natura epidemiologico-demografica, portano a porre particolare attenzione, nell’ambito del Libro Bianco, sul tema della sostenibilità, in quanto prerequisito essenziale per garantire coesione sociale senza ostacolare la crescita. Viene quindi posta in evidenza la necessità della promozione di una pluralità di fonti e di modalità di finanziamento, anche allo scopo di organizzare, in termini virtuosi, una spesa privata conseguente agli inevitabili – e necessariamente crescenti – limiti dell’offerta pubblica.

Il nuovo modello ha, quindi, quale base fondante, un “sistema multipilastro” nel quale – anche in considerazione della prospettiva di incidenza crescente delle spese di finanziamento rispetto al PIL, frutto dell’effetto combinato dell’invecchiamento della popolazione e della bassa crescita economica – è necessario perseguire un *mix* equilibrato tra finanziamento a “ripartizione” – basato sulla pressione fiscale e contributiva – e finanziamento a “capitalizzazione reale”, attraverso nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio sanitaria, anche eventualmente rivisitando lo strumento delle società di mutuo soccorso. Di conseguenza viene rappresentata, in prima istanza, la necessità della costituzione di un apposito strumento finanziario dedicato alle persone non autosufficienti che, considerate le limitate disponibilità della finanza pubblica, non può che essere costruito mediante il combinarsi di risorse pubbliche e private.

Da tali argomentazioni discende il concetto di “universalismo selettivo” anch’esso introdotto nel Libro Bianco, il quale sancisce il principio della parità dei cittadini nell’accesso alle risorse e, allo stesso tempo, pone i presupposti per la sostenibilità finanziaria ed il

controllo della qualità dei servizi. L’universalismo selettivo valorizza la responsabilità degli individui e la capacità dell’attore pubblico di stabilire ordini di priorità e dosare le risorse, per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari, nel rispetto degli equilibri finanziari e senza introdurre discontinuità nei trattamenti. Tariffazioni e compartecipazione ai costi sono due strumenti utili alla realizzazione dell’universalismo selettivo. Se graduata in funzione delle condizioni economiche e socio-sanitarie dei beneficiari e della natura delle prestazioni richieste, la compartecipazione promuove efficienza senza incidere eccessivamente sui redditi e senza intaccare la finalità redistributiva e assistenziale degli interventi.

Nella stessa direzione dell’universalismo selettivo si pone la riforma istituzionale sul federalismo fiscale, nell’ambito della quale è di estrema rilevanza il passaggio dal finanziamento basato sulla spesa storica, a quello basato sui costi standard. Nella prospettiva, necessariamente da perseguire, di un “federalismo sostenibile e responsabile”, le risorse necessarie a finanziare il complesso delle prestazioni sanitarie ricomprese nei livelli essenziali sono generate, Regione per Regione, da un *mix* di fonti. In coerenza con il pensiero espresso, il Libro Bianco pone anche la necessità di un ripensamento dei LEA, affinché divengano strumento in grado di conciliare la sostenibilità del sistema, i diritti del cittadino, l’accesso ai servizi, l’appropriatezza e sicurezza delle cure, e trovino altresì una dimensione quantitativa oltre che qualitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sull’evidenza, a processi di *benchmarking*, almeno interregionali, sui costi delle principali funzioni assistenziali. In tal senso viene proposto lo sviluppo di nuove modalità gestionali, impronta-

te a principi manageriali, che responsabilizzino nelle scelte economiche, assistenziali, didattiche e di ricerca tutti i soggetti interessati, ed in grado di premiare e incentivare le realtà più virtuose.

Il Libro Bianco si prefigge la finalità di contribuire allo “scambio” virtuoso tra i diversi portatori di interes-

se, con lo scopo di promuovere la condivisione di un nuovo modello di welfare, cui far seguire la definizione di piani d’azione specifici per i diversi ambiti di riforma, che tuttavia solo in un quadro di stabilità della finanza pubblica e di ripresa di produzione della ricchezza, sarà possibile realizzare.

### Appropriatezza assistenziale e dimensionamento dell'offerta ospedaliera

Nella logica di reingegnerizzazione del sistema è necessario che si attivino azioni sinergiche che, nel perseguire specifici obiettivi, concorrano vicendevolmente a “facilitare” il raggiungimento dei target relativi ad altri filoni di attività.

In questo senso e, specificatamente in merito alla tematica della rimodulazione dell'offerta ospedaliera, risulta evidente come, al fine di rendere “sostenibili” le necessarie politiche di contrazione del numero di posti letto per abitanti, è necessario che si “induca” l'utilizzo di modelli assistenziali virtuosi che “spostino” in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi e cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l'attivazione di processi di “continuità assistenziale” che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. In tal senso, si dovrà proseguire sulla strada della ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri mediante azioni mirate ad evidenziare e “contrastare” atteggiamenti clinici e gestionali non coerenti con tale principio, così come le Regioni – soprattutto quelle in forte difficoltà economica – saranno impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale.

A questo fine diventano strategici interventi sull'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere, anche ai fini della remunerazione dei relativi DRG (ripor-

tati negli allegati al vigente DPCM sui LEA), così come assume importanza la revisione degli standard attualmente definiti normativamente e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e ad un tasso di ospedalizzazione pari a 180 per mille, compreso il day hospital.

Altrettanto importante è individuare modalità e strumenti che consentano la valutazione delle azioni intraprese e una crescita omogenea sul territorio nazionale dei sistemi assistenziali ospedalieri.

### L'appropriatezza dei ricoveri

Sulla base delle esperienze maturate dalle Regioni nel disciplinare le modalità di erogazione dei 43 DRG a rischio di in appropriatezza individuati nel DPCM LEA del 2001, le Regioni assicurano *entro il triennio 2009-2011* l'individuazione di percorsi virtuosi per l'erogazione in regime appropriato dei 107 DRG di cui all'allegato 6A del nuovo DPCM LEA.

Il percorso individuato parte dall'analisi delle migliori performance registrate, in termini di massimizzazione delle quote di prestazioni erogate in regime di Day Hospital o ambulatoriale tra le Aziende sanitarie regionali; la definizione di un obiettivo standard a cui traguardare l'organizzazione dell'attività delle restanti Aziende, fermo restando l'esercizio dell'attività in regime di sicurezza del paziente e di appropriatezza clinica, anche adeguando i propri strumenti tariffari di remunerazione delle prestazioni; la verifica e monitoraggio della attività effettuata e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

Al termine del triennio la verifica a livello nazionale degli standard individuati e dei risultati raggiunti consentirà di definire parametri di riferimento ed obiettivi a livello nazionale a cui far adeguare le Regioni in cui il processo ha mostrato di trovare maggiori ostacoli applicativi.

Processo analogo viene attivato per la corretta erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 6B in regime ambulatoriale.

Fermo restando che con atti coerenti con apposite intese Stato-Regioni si possano integrare e/o modificare l'elenco del DRG di cui l'allegato 6B in relazione allo sviluppo delle conoscenze in tema di modalità organizzative e cliniche dell'erogazione assistenziale.

In materia di appropriatezza, è utile ricordare anche il tema specifico della qualità di codifica, ciò al fine di una corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, e quindi di una adeguata rappresentazione del contenuto del ricovero. A tale proposito si ritiene necessario adeguare, in sede di tavoli tecnici Stato-Regioni, le linee guida nazionali (le ultime sono state approvate con l'accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002) in materia di corretta codifica della SDO, quale utile riferimento per le Regioni. Tale attività risulta prerequisite essenziale per poter disporre delle informazioni necessarie alla definizione di politiche più ampie di programmazione della rete ospedaliera, sia a livello nazionale che regionale.

Risulta infine necessario che il percorso intrapreso verso una maggiore appropriatezza organizzativa e di codifica delle prestazioni di ricovero sia accompagnato da adeguati sistemi di controllo adottati da ciascuna Regione e opportunamente dettagliati all'interno di uno specifico Piano Attuativo sul tema. Ai tavoli di confronto Stato-Regioni rimane in capo la valutazione delle proposte regionali, individuandone le migliori e indican-

dole quali "best practice" e riferimento per altre Regioni.

### **Riferimenti per il dimensionamento delle reti ospedaliere**

Solo mediante azioni incisive si potrà concretamente avviare il non più procrastinabile processo di riduzione del numero di posti ogni mille abitanti, processo che passa attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione adeguando la complessiva realtà nazionale all'evidenza tecnica e programmatica delle realtà regionali più avanzate.

In riferimento al primo punto l'obiettivo da porsi è quello di ridurre verso i 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale, cui aggiungere 0,7-1 posti letto per mille abitanti, riferiti alle attività di riabilitazione, post acuzie e neonati sani; all'interno del parametro complessivo così determinato, deve essere assicurata una dotazione di letti di day hospital pari almeno al 10% dell'indice complessivo *con l'obiettivo di raggiungere nel periodo almeno il 25 %*.

È evidente che al fine di rendere tale parametro strutturale adeguato al "sistema della domanda nazionale" è necessario che si adottino le politiche utili a consolidare su tutto il territorio nazionale modelli assistenziali finalizzati alla riduzione al ricorso al ricovero ordinario per acuti misurabile mediante la contrazione del tasso di ospedalizzazione che dovrebbe attestarsi intorno a *130 per mille abitanti*.

Un fattore di correzione opportuno potrebbe essere costituito dalla ponderazione dei suddetti indici sulla base delle differenze regionali della popolazione di riferimento in termini di età e di espressione del bisogno.

Entrambi i parametri vanno riferiti alla popolazione residente in ogni singola Regione; le Regioni potranno modificare – in aumento o in diminu-

zione – la propria dotazione di posti letto ordinari in relazione al dato medio di mobilità – attiva o passiva – degli ultimi 3 anni, fermo restando gli standard nazionali con oscillazioni di max del 10 %.

Le politiche ed azioni da ideare, programmare, organizzare e realizzare al fine di perseguire in modo efficace i macro obiettivi di sistema sopra delineati richiedono interventi che per natura e portata devono essere “pensati” e realizzati in un orizzonte temporale di “realistico” e “socialmente sostenibile” *compreso tra i 5 ed i 10 anni*.

La ridefinizione della rete dell’offerta ospedaliera, ad esempio, potrà essere concretamente e completamente avviata solo quando si saranno create le condizioni strutturali (SSN), professionali (professionisti) e culturali (utenti) propedeutiche a rendere concretamente erogabili e socialmente accettabili percorsi diagnostico terapeutici in regimi assistenziali differenti da quelli di ricovero.

Si ritiene che misura dell’avvio di politiche rigorose di riordino delle reti ospedaliere possa essere quella di fissare, soprattutto per le Regioni che attualmente registrano indici considerevolmente superiori al target individuato, nel triennio 2009-2011 l’obiettivo intermedio di raggiungere i 3,3 posti letto per acuti + 0,7 per lungo degenza e riabilitazione ogni mille abitanti ed il tasso di ospedalizzazione del 145 per mille abitanti.

Condizione pregiudiziale per l’avvio e l’attuazione dei programmi regionali di riordino ed il perseguimento di una assistenza ospedaliera efficiente e qualificata è lo stanziamento nel periodo di un valore congruo di risorse finanziarie per l’ammodernamento tecnologico ed edilizio dei presidi, nonché l’attuazione di interventi sostitutivi che consentano la semplificazione delle reti ospedaliere.

Al fine di favorire tale processo di riorganizzazione con apposite intese

Stato Regioni, si provvederà entro il 2009 alla definizione in forma univoca e condivisa di alcune tipologia di posti letto (dialisi, hospice ospedalieri, DH, etc.) da intendersi incluse o escluse dal calcolo di indici di posti letto con l’obiettivo di raggiungere una omogeneità nella specificazione degli indici di posti letto.

### Sistemi tariffari

L’applicazione del sistema tariffario riferito alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale deve rappresentare un obiettivo strategico immediato da parte di tutte le Regioni: tutta la produzione erogata da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate, pubbliche e private, deve essere valorizzata, applicando alla stessa le tariffe in vigore sul territorio regionale. Nel valorizzare l’attività dei singoli presidi ospedalieri, o articolazioni organizzative degli stessi, le Regioni potranno utilizzare metodologie ‘a budget’ complessivi purché siano chiari e trasparenti i criteri - e la loro applicazione - attraverso cui vengono attribuite risorse aggiuntive per funzioni c.d. non tariffabili (partecipazione alla rete dell’emergenza-urgenza, didattica, ricerca, centri di riferimento etc.).

In realtà, anche recenti ricerche dimostrano come la remunerazione a tariffa/DRG sia quantitativamente e qualitativamente di scarsa applicazione in molte Regioni italiane, con il risultato che non esistono dati economici affidabili di valutazione delle strutture ospedaliere.

Costituisce obiettivo del sistema quello di pervenire entro tempi rapidi alla generalizzazione dell’uso del sistema tariffario, anche per presidi ospedalieri pubblici delle Aziende sanitarie territoriali non remunerati a tariffe, per la valorizzazione della produzione di presidio e quindi la diffusione di sistemi gestionali budgettari al fine di

responsabilizzare le direzioni tecnico professionali, introdurre sistemi capillari di sistemi di gestione, realizzare i principi di un reale Governo Clinico. Per raggiungere detto scopo, parallelamente al processo di valorizzazione tariffaria delle prestazioni di ricovero, le Regioni dovranno impegnarsi al completamento del processo di effettiva adozione ed operatività in ogni Azienda sanitaria di un completo sistema di contabilità analitica per centri di costo.

Tale obiettivo va perseguito entro il triennio 2009-2011 e deve costituire adempimento specifico nel contesto della valutazione dell'erogazione dei LEA.

### **Valutazione dei processi e dei risultati**

Al fine di attuare, monitorare e *valutare* i processi di razionalizzazione delle reti regionali ospedaliere, il Ministero e le Regioni si impegnano ad

individuare strumenti efficaci di valutazione delle linee operative messe in atto, dei risultati raggiunti in termini di risorse impiegate e esiti perseguiti in termine di risposta ai bisogni, appropriatezza clinica ed organizzativa, soddisfazione dei cittadini. La definizione di tali strumenti e l'individuazione, tra i soggetti della governance nazionale del sistema (Agenzie, Istituti ed altro), della titolarità della funzione, renderà possibile attuare utili confronti di esperienze e risultati al fine di rendere patrimonio comune e generalizzare le pratiche verificate come virtuose e corrispondenti alle tendenze di sviluppo dei sistemi sanitari a livello nazionale ed internazionale. A questo fine sarà anche necessario sperimentare l'individuazione di strumenti di classificazione innovativi dell'attività che consentano la valutazione contestuale ed unitaria del valore finanziario della produzione nelle diverse forme di erogazione (ricovero ordinario, DH, riabilitazione), nonché la complessità ed appropriatezza della stessa.

## Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza

### Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza

La legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'articolo 119 della Costituzione, prevede l'adozione, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dei decreti legislativi attuativi della stessa, di cui almeno uno entro dodici mesi. La stessa legge prevede inoltre che il Governo nell'ambito del disegno di legge finanziaria, previo confronto nella sede della Conferenza Unificata, proponga con il *Patto di convergenza*, norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo, per i quali, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza".

Affrontare la fase di concreta applicazione della normativa sopra richiamata ha comportato una riflessione sul tema dei costi standard che fa emergere i seguenti elementi.

In termini teorici il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o un servizio in condizioni di efficienza ottimali, considerando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo standard. Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno standard, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che i prodotti (output) per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produ-

zione (input) siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Ciò comporta che un'adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il fatto che il sistema di contabilità del SSN sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione parimenti caratterizzati da un forte decentramento, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili. D'altra parte un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

I servizi sanitari vengono prodotti (o garantiti) in base a caratteristiche e modalità che spesso sono peculiari delle singole Regioni, come interazione tra una specifica domanda sanitaria e caratteristiche organizzative della struttura di offerta: le Regioni, infatti, godono di ampia autonomia nella fissazione del modello organizzativo assistenziale. L'offerta dei servizi sanitari e il loro utilizzo da parte di una popolazione è correlata alle caratteristiche proprie della popolazione considerata.

Una variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dall'efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori interferenti, quali:

- la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari;
- la diversità dei contesti economico-sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti: spesa pubblica e spesa privata;
- la possibilità da parte delle Regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle Regioni di minori dimensioni.

Valutati i costi, nella definizione del fabbisogno finanziario delle singole Regioni occorre tenere conto, oltre che delle caratteristiche della popolazione, anche delle caratteristiche del territorio (contesto socio-economico e morfologia del territorio) e delle connesse peculiarità dei servizi offerti.

Il sistema di finanziamento attualmente applicato prescinde dal riferimento della spesa storica atteso che, già con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica (in cui lo Stato è intervenuto ripianando la spesa a piè di lista) ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al PIL.

Con l'Accordo del 2001 è stato inoltre sancito un ulteriore principio che, nel tempo, si è rivelato di assoluta efficacia. Cioè il fatto che nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole Regioni, una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5% e poi fissata al 3%) viene considerata premiabile e quindi effettivamente erogata solo

a seguito di una verifica annuale che attiene sia il mantenimento dell'equilibrio di bilancio che l'erogazione effettiva dei Livelli essenziali di assistenza.

Da ultimo anche il Patto sulla Salute del 2006 ha posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, confermando il meccanismo di crescita del finanziamento collegato al PIL per renderlo adeguato alla maggiore ricchezza prodotta dal Paese e compatibile con la programmazione finanziaria del Paese.

Ne consegue che Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei LEA e compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica.

Ciò anche nell'ottica di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

Le logiche di finanziamento finora seguite prescindono dalla loro puntuale parametrizzazione alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Una loro valutazione è stata operata solo in termini marginali in occasione della modifica dei LEA dettata dall'esigenza di introdurre nuove prestazioni nell'ambito dei LEA, per le quali si è reso necessario valutarne l'impatto finanziario aggiuntivo.

Nel quadro sopra delineato, per l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, Governo e Regioni sono impegnate in tavoli tecnici interistituzionali che analizzano le componenti della spesa sanitaria per definire i *costi standard* dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Per contribuire ai lavori in corso il Ministero ha attivato alcune linee di

approfondimento tematico, in particolare rivolte a:

- l'individuazione delle situazioni regionali definibili "*best practice*" sotto il profilo di:
  - l'erogazione delle prestazioni dei diversi livelli di assistenza sulla base di indicatori selezionati, in base a criteri di appropriatezza ed efficienza allocativa;
  - l'utilizzo dei fattori produttivi adoperati nella produzione di servizi sanitari (personale, beni e servizi, generali e specifici).
- il conseguente calcolo dei rispettivi costi regionali, da utilizzare per la successiva stima di costi standard, per orientare la fissazione dei livelli di fabbisogno finanziario nelle singole Regioni, sulla base del fabbisogno nazionale fissato in sede di programmazione economico finanziaria nazionale.

## Dalla continuità assistenziale all'assistenza h24

Il PSN 2006-2008 aveva considerato quale importante ambito di rinnovamento del SSN la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso un processo di riassetto organizzativo e funzionale, prevedendo un maggiore coinvolgimento dei MMG (Medici di Medicina Generale) e dei PLS (Pediatri di Libera Scelta) nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio, al fine di garantire una più efficace risposta ai nuovi bisogni di salute e di assistenza. La migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative che caratterizzano la società attuale, infatti, vedono l'esigenza di riorganizzare il sistema delle Cure Primarie per consentire l'individuazione di percorsi socio-assistenziali sempre più individualizzati volti a soddisfare i bisogni del crescente numero di malati con patologie gravemente invalidanti, non più ammessi negli ospedali o da questi dimessi molto precocemente perché "cl clinicamente stabili". Lo sviluppo quindi della medicina associativa è diventato lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo non solo della medicina generale ma anche delle altre funzioni socio-sanitarie presenti nel Distretto per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di Assistenza.

Correlatamente si è accelerato il processo di cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di *generalismo* per diventare sempre di

più luogo di trattamenti specializzati e tecnologicamente supportati per la cura delle condizioni acute, in ambienti intensivi e subintensivi.

È cresciuta poi la consapevolezza della necessità di una forte integrazione tra il sistema delle cure ospedaliere con il sistema delle cure primarie, anche attraverso l'attivazione di cure domiciliari in ambiente protetto (ospedale di comunità).

In questa situazione la prospettiva è quella della piena realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie al fine di facilitare la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) migliorando in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e MMG in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina.

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery e l'estensione delle varie forme di dimissioni protette saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati in ricovero ospedaliero brevissimo o breve, i quali, per particolari esigenze assistenziali, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale non potrà

che incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero.

Un'ulteriore rilevante prospettiva è quella relativa al fatto che le forme aggregate di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione e aumentando l'adesione degli assistiti.

La riorganizzazione delle cure primarie è destinata ad avere importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. Essa consentendo di garantire, con il coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno, potrà costituire un punto di riferimento certo per il cittadino che vede i suoi bisogni riconosciuti ed affrontati nell'ambito di un lavoro di gruppo.

Incrementare la capacità di risposta alla richiesta di effettiva continuità dell'assistenza da parte dei cittadini, attraverso quelli che si vanno definendo "Servizi h24", rappresenta, pertanto, in questo momento una forte priorità, cui è anche legato il successo degli interventi finalizzati ad incanalare la quota di domanda assistenziale oggi rappresentata dagli accessi impropri ai punti ospedalieri di Pronto Soccorso (codici bianchi e verdi) verso risposte più appropriate.

In questo quadro, l'impegno comune che Governo e Regioni dovranno sviluppare è non solo quello di allargare le esperienze associative già avviate quali le UTAP e le realizzazioni della "Casa della salute", con le necessarie varianti nelle realtà poco urbanizzate, ma anche quello di integrarle attraverso l'individuazione di

nuove modalità organizzative sul versante della continuità assistenziale.

Su tali ambiti, un importante investimento è quello che si sta realizzando con l'allocazione di notevoli risorse nell'ambito dell'utilizzo dei fondi per gli obiettivi di PSN. Sono state condivise linee guida finalizzate all'attivazione, da parte delle Regioni, di progetti sperimentali che, attraverso la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, consentano di garantire al cittadino un'assistenza sanitaria continuativa durante le 24 ore per 7 giorni alla settimana evitando così il ricorso eccessivo ed improprio alle strutture di emergenza. Le Regioni pertanto sono impegnate nella predisposizione di progetti finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano la riduzione degli accessi impropri alle strutture di emergenza sanitaria ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, quali:

- Ambulatori per la gestione da parte dei MMG e dei PLS dei codici di minore gravità (codici bianchi) presso i PS dei presidi ospedalieri dove si registra frequentemente un iperafflusso di utenti.
- Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità.
- Presidi ambulatoriali distrettuali, gestiti da Medici di Medicina Generale tra loro associati e da Medici di Continuità Assistenziale, quale punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24.
- Assistenza territoriale integrata: collaborazione tra professionisti (MMG e PLS) anche in studi medici localizzati in sedi diverse, ma collegati funzionalmente (medicina in rete).

- Ambulatorio territoriale integrato: presidi territoriali dove operano professionisti che esplicano la loro attività, secondo precise modalità organizzative della Medicina di gruppo. L'Ambulatorio territoriale integrato è aperto almeno dieci ore al giorno, e può erogare: visite ambulatoriali svolte da MMG, PLS e specialisti ambulatoriali, analisi diagnostiche di primo livello, consulenze specialistiche, prestazioni infermieristiche.

Contestualmente alla realizzazione di tali modelli, si stanno definendo specifici progetti regionali inerenti:

- programmi di formazione del personale che opererà in tale ambito;
- dotazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i vari soggetti coinvolti nell'attività;
- campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

L'obiettivo è quello di reingegnerizzare tutto il mondo delle cure primarie che fa perno sull'attività del medico di medicina generale, attraverso la realizzazione di modelli organizzativi di pronta applicazione ma anche flessibili e sperimentali. Tali modelli dovranno poter essere sviluppati ed applicati tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche dei vari ambiti regionali e locali, nonché delle principali connotazioni epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere e distrettuali, con la consapevolezza che nessun modello organizzativo, almeno in questa fase, può considerarsi in grado di affrontare le nuove sfide assistenziali e che l'assetto che andrà a consolidarsi dovrà essere definito sulla base delle evidenze di efficacia e di efficienza, nelle specifiche realtà territoriali, che l'attuale fase di cambiamento "controllato e monitorato" dovrà far emergere.

Sul finire degli anni 80, nella maggior parte degli Stati membri, si è andato via via delineando e rafforzando un movimento tendente a sempre più valorizzare il ruolo del medico "generalista".

In tale ottica si ammetteva, pressoché unanimemente, il bisogno di una formazione specifica per detto professionista.

Tale formazione doveva prepararli ad adempiere meglio ad una funzione sua propria basata, in buona parte, sulla conoscenza personale dell'ambiente dei pazienti e consistente nella protezione dell'individuo considerato nel suo insieme oltre che, ovviamente, nella dispensazione delle cure opportune.

Si considerava infatti che - a prescindere dal vantaggio che ne avrebbero tratto i pazienti - un miglior adattamento del medico alla sua funzione specifica avrebbe di certo contribuito a migliorare il sistema di dispensazione delle cure, rendendo più selettivo e appropriato il ricorso alla medicina specialistica nonché ai centri di cura di alta specializzazione.

Si considerava altresì che il bisogno di una formazione specifica in medicina generale scaturiva dal fatto che lo sviluppo continuo della scienza medica, di fatto, aveva determinato un divario sempre più ampio tra l'insegnamento e la ricerca medica da un lato e la pratica e la medicina generale dall'altro.

Tale divario, destinato inoltre ad accentuarsi, era tale che importanti aspetti - peculiari della medicina generale - non potevano essere insegnati e quindi appresi in modo soddisfacente

nel quadro tradizionale della formazione medica di base dispensata negli Stati membri.

In tale scenario fu, pertanto, emanata nel 1986 la direttiva 86/457/CEE, che sanciva l'obbligo per gli Stati Membri di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica in medicina generale rispondente a determinati requisiti indicati nella direttiva medesima.

In tale direttiva si stabiliva tra l'altro:

- la durata della formazione;
- che detta formazione doveva essere più pratica che teorica;
- che doveva comportare una partecipazione personale dei discenti alle attività professionali ed alle responsabilità delle persone con le quali si lavorava;
- l'obbligo, fatti salvi i diritti acquisiti, di subordinare l'esercizio della medicina generale, nell'ambito del regime di sicurezza sociale di ogni Stato, al possesso del titolo attestante il conseguimento di detta formazione.

La direttiva 86/457/CEE ha avuto attuazione pratica nell'ordinamento nazionale mediante la legge 8 aprile 1988, n. 109, e successivamente mediante il decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 256.

Il menzionato decreto, oltre a porre in capo alle Regioni il compito di attivare ed organizzare il corso in questione, indicava i principi generali cui le Amministrazioni regionali dovevano attenersi per conformarsi a quanto stabilito in ambito comunitario.

Le successive direttive (93/16/CE, recepita con il decreto legislativo n.

368 del 17 agosto 1999 e 2001/19/CE) ed in ultimo la direttiva 2005/36/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n 2006, pur apportando alcune modifiche, relativamente alla durata del corso ed alle modalità di svolgimento dello stesso, nella sostanza hanno confermato i principi ispiratori e le istanze trasfuse nella prima direttiva di settore.

Nell'ordinamento nazionale la disciplina della formazione specifica in medicina generale è regolata dal menzionato decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, di recepimento della direttiva 93/16/CE.

Esso infatti, oltre a confermare la competenza regionale in materia di organizzazione ed attivazione dei corsi, ribadisce che per l'esercizio dell'attività di medico di medicina generale è necessario il possesso di un titolo di formazione specifica, che si consegue a seguito di un corso di formazione della durata di tre anni, cui si accede per concorso.

Per quanto attiene all'articolazione dei corsi, il citato decreto stabilisce il numero totale delle ore di didattica (4800 ore di cui almeno 2/3 da dedicare alle attività di natura pratica), individua la durata dei periodi di formazione nelle varie aree – mediche, chirurgiche, della medicina dei servizi –, prevede un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche da svolgersi in un ambiente ospedaliero e nell'ambito di uno studio di medicina generale.

Ciò premesso, per quanto riguarda le specifiche competenze che il medico di medicina deve possedere alla fine del corso si deve considerare che il modello tecnologico e scientifico della medicina moderna si caratterizza per l'inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire specialistico.

La medicina generale si pone invece come disciplina che deve garantire e

mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

La professione del medico di medicina generale prevede, quindi, funzioni, attività e compiti definiti da conoscenze abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche.

Con riguardo poi al Servizio Sanitario Nazionale è fin troppo evidente il ruolo chiave e centrale delle cure primarie, che vedono il medico di medicina generale come snodo dell'assistenza territoriale, nonché protagonista del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari.

La disciplina ha quindi delle caratteristiche sue proprie in quanto:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia ed alla comunità di appartenenza e su una relazione individuale, che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal contesto specifico in cui sono affrontati;
- si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica psicologica sociale, culturale ed assistenziale.

A più di venti anni di distanza dall'attivazione in Italia del corso di formazione specifica in medicina generale, occorre osservare che, in relazione all'autonomia regionale, si è realizzato sul territorio nazionale uno sviluppo oltremodo variegato dell'offerta formativa nello specifico settore, sia per quanto riguarda il piano delle attività teoriche e pratiche sia per quanto attiene agli obiettivi didattici ed all'articolazione del corso di formazione.

Questa ampia variabilità, che è emersa da un preliminare esame dei provvedimenti assunti dalle Regioni,

rappresenta un'obbiettivo ricchezza con punte di vera eccellenza, ma risponde solo in parte alle specifiche esigenze formative rappresentate dal legislatore sia in sede comunitaria sia in sede nazionale.

Tali istanze attengono in modo particolare alla necessità di garantire sul territorio nazionale una formazione omogenea e la definizione di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili per poter svolgere adeguatamente la specifica attività di medico di medicina generale.

Occorre, quindi, procedere ad una riflessione sull'intera materia. È, infatti, indispensabile individuare un *core curriculum* che definisca i requisiti essenziali comuni del processo di formazione. Si tratta, quindi, di individuare un percorso formativo adeguato che comprenda la definizione degli obiettivi, della metodologia di insegnamento ed apprendimento, dell'articolazione e della organizzazione dei corsi.

Ciò allo scopo di realizzare e garantire - lasciando comunque spazio alle esigenze regionali, così come emergono dalla valutazione dei bisogni di salute, dai modelli organizzativi, dall'epidemiologia e dalle analisi condot-

te su base locale - una formazione adeguata atta ad assicurare l'acquisizione, da parte dei discenti, di quelle conoscenze, competenze ed abilità ritenute fondamentali per lo svolgimento della professione.

Il medico di medicina generale è inoltre il punto di primo contatto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, fornisce accesso libero ed illimitato ai suoi utenti e tratta tutti i problemi di salute del cittadino.

Tuttavia, pur prevedendo una "griglia" formativa comune su tutto il territorio nazionale, il corso dovrà poter soddisfare le specifiche esigenze regionali, avuto particolare riguardo ai modelli organizzativi in materia di assistenza e cure primarie.

Il percorso di riordino della formazione specifica in medicina generale deve svilupparsi tramite un dibattito che veda coinvolti gli attori cui oggi è affidata tale formazione (Regioni e Province Autonome, Ordini professionali), ed inoltre le Società scientifiche e le OO. SS. di categoria e l'Università.

Dal riordino del percorso formativo emergerà il modello organizzativo gestionale più idoneo per il corso e le eventuali conseguenti modifiche che si rendessero necessarie al DL 368/1999.

## Le prospettive sanitarie e sociali nella popolazione anziana

### Il ruolo della riabilitazione

Negli ultimi anni si stanno verificando importanti cambiamenti demografici dovuti alla diminuzione dei tassi di mortalità nella maggior parte dei paesi, mentre si assiste all'invecchiamento delle popolazioni. Questi cambiamenti influenzano le persone, le famiglie, i governi, il settore privato e le istituzioni e rappresentano sfide con le quali cimentarsi sulle questioni relative alle cure sanitarie, l'alloggio, la sicurezza sociale, il lavoro e la pensione, l'assistenza, e l'onere sociale derivante dalle malattie croniche e dalla disabilità.

Le previsioni demografiche nazionali dell'ISTAT, secondo la proiezione dei dati al 2050, rivelano che la popolazione sarà composta per il 33,6% di ultrasessantacinquenni e soltanto per il 12,7% da giovani (sino a 14 anni di età). L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto numerico tra anziani e giovani, passa da 138 anziani per 100 giovani nel 2005, a 222 nel 2030 ed al valore di 264 nel 2050.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, come rappresentato attraverso le piramidi per età, avrà un

grande impatto su diverse sfere della società (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulle crescenti esigenze di assistenza legate alla complessità, cronicità, disabilità e criticità delle malattie. Questi nuovi bisogni impongono di incrementare e migliorare il coordinamento e l'integrazione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari (Figura 1).

Negli Stati Uniti è stato creato nel 1974 l'Istituto Nazionale sull'Invecchiamento (National Institute on Ageing - NIA) che ha come *mission* di migliorare la salute e il benessere delle persone anziane.

La ricerca sull'invecchiamento include varie aree, quali: il comportamento e gli aspetti sociali di maturazione, la biologia di maturazione, la geriatria e la gerontologia clinica, la neuropsicologia e le neuroscienze, la riabilitazione, le nuove tecnologie, la salute e la disparità nonché innovativi modelli di organizzazione.

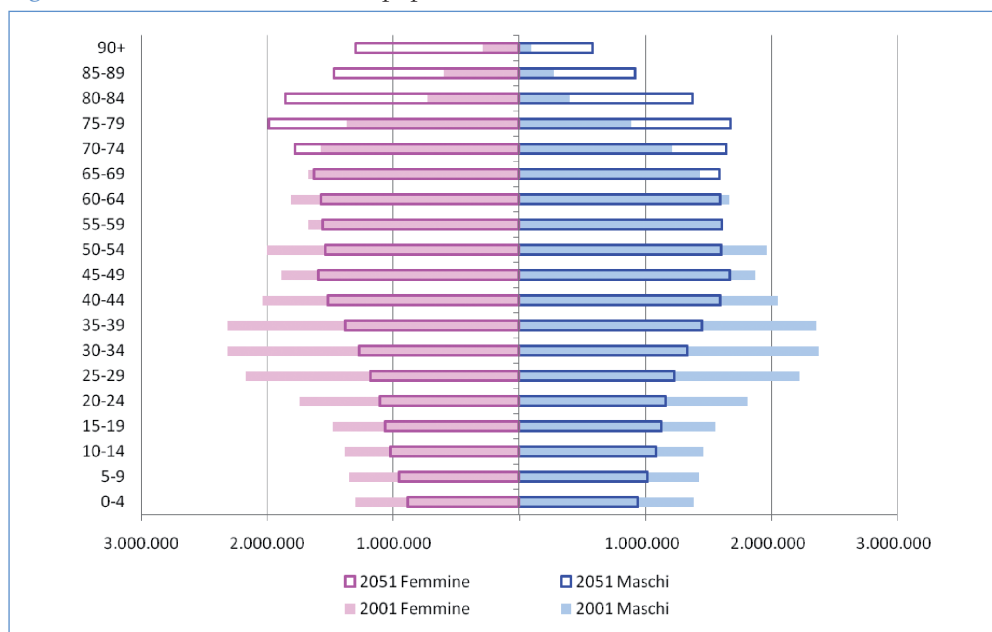
Gli ultimi anni sono stati caratterizzati nei paesi a più elevato sviluppo economico dalla necessità di ripensare cul-

Tabella 1 – Indicatori di struttura della popolazione 1990-2050\*

Anno	Struttura per età della popolazione				Indici di struttura		
	% 0-14	% 15-64	% 65+	% 85+	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
1990	16,8	68,5	14,7	1,2	88	46	22
2005	14,2	66,4	19,5	2,0	138	51	29
2010	14,0	65,5	20,5	2,8	146	53	31
2020	13,2	63,7	23,2	3,9	176	57	36
2030	12,2	60,8	27,0	4,7	222	64	44
2040	12,4	55,6	32,0	5,8	259	80	58
2050	12,7	53,7	33,6	7,8	264	86	63

\* dati rapporto Istat Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 1990 – 1 gennaio 2050

Figura 1 – Piramide dell'età della popolazione italiana – confronto 1990-2050\*



turalmente e rimodulare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili. Alla base di questa radicale modifica, che ha visto il definitivo tramonto della visione ospedalocentrica dei servizi sanitari che aveva improntato tutto il XX secolo, vi è sicuramente il notevolissimo incremento delle aspettative di vita, che ha comportato un esplodere di nuove problematiche sanitarie, sociali ed economiche. La necessità di incentrare le strategie sanitarie anche sulla gestione della cronicità e sulla prevenzione della disabilità, è quindi la vera emergenza nonché la grande sfida dei prossimi decenni. In quest'ottica le *scienze riabilitative*, definizione che meglio esprime la complessità delle tematiche in oggetto, potranno avere una importanza e un ruolo fino a pochi anni orsono impensabili. La riabilitazione difatti per molti anni ha subito le conseguenze dell'assenza di percorsi e strumenti scientificamente validi e validati, facendo di un approccio empirico il proprio modus operandi nell'assistenza e nella ricerca. Nell'epoca della medicina basata sull'evidenza tale approccio ha creato un profondo gap culturale e scientifico tra riabilitazione e altre specialità che solo negli ultimi

anni ha cominciato ad essere colmato. Tale divario era sostenuto anche da un approccio esclusivamente d'organo delle problematiche riabilitative che solo ultimamente trovano in una visione olistica un nuovo e più corretto inquadramento. Il passaggio dalla cura della malattia al *prendersi carico in toto della persona malata*, pone nuovamente al centro dell'agire la persona nella sua interezza. Questo approccio consente di valorizzare e rendere strategicamente imprescindibili obiettivi del tutto negletti fino a pochi anni orsono quali l'attenzione alla *qualità della vita*, oltre che ovviamente alla quantità della stessa, e il *reinserimento*, congruo e condiviso, nel mondo lavorativo; tematiche di massima attenzione per le scienze riabilitative.

Tali principi sono alla base del percorso per la stesura di un Piano Nazionale della Riabilitazione, che rappresenta un ulteriore raccordo nel nuovo rapporto tra Stato e Regioni, che prevede oltre il Piano Sanitario Nazionale anche il Piano di Prevenzione, ai LEA e l'applicazione dal metodo delle Evidence Based Prevention and Practice e che va a completare l'integrazione delle reti assistenziali.

In sanità, come ormai in ogni realtà, le tecnologie rappresentano una componente indispensabile. La medicina ha subito negli ultimi anni una trasformazione rapidissima con l'immissione sul mercato di tecnologie innovative o ad alto profilo, che da un lato permettono l'evoluzione verso procedure sempre più accurate, dall'altro, se non utilizzate correttamente, possono comportare un aumento globale dei costi del sistema sanitario.

In Italia, la distribuzione sul territorio delle tecnologie è molto disomogenea con una forte prevalenza nelle aziende ospedaliere al nord e maggiore carenza nel centro-sud. Coesistono in larga maggioranza sistemi obsoleti (o a basso profilo) con sistemi innovativi di recente acquisizione. Prendendo ad esempio la diagnostica per immagini, la forbice va da 1,6 (Puglia) a 4,4 (Alto Adige) tecnologie/10.000 abitanti.

Nell'universo delle tecnologie sanitarie si possono individuare due ampi ambiti di intervento: quello delle apparecchiature biomediche, con finalità diagnostiche e terapeutiche, e quello delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), ovvero l'informatica medica e sanitaria, la sanità elettronica, la telemedicina, ecc..

Focalizzando sulle apparecchiature biomediche, allo stato attuale la distribuzione sul territorio non appare adeguata né al reale fabbisogno, né a criteri di economicità e corretto impiego, sia in termini quantitativi (ore di funzionamento delle apparecchiature) sia qualitativi (appropriatezza delle indicazioni) delle apparecchiature. Questo

è dovuto prevalentemente all'assenza di una metodologia per l'health technology assessment, base fondamentale per la definizione di criteri di acquisizione, distribuzione e uso sul territorio delle strumentazioni mediche.

In questo contesto e in considerazione della continua e rapidissima evoluzione, lo sviluppo tecnologico in ambito sanitario dovrà prevedere un piano di intervento per la acquisizione delle nuove tecnologie emergenti nei diversi settori, un'armonizzazione nella distribuzione delle tecnologie sul territorio nazionale e un ammodernamento delle tecnologie in obsolescenza. Il rinnovo del parco tecnologico deve mirare a soddisfare una domanda crescente di forma assistenziale innovativa e a un elevato contenuto tecnologico. Lo sviluppo e il rinnovamento tecnologico sono strettamente correlati alla necessità di mettere a punto una metodologia di analisi del mercato sul territorio che permetta di:

definire criteri appropriati di distribuzione delle apparecchiature e loro tipologia

omogeneizzare i costi sia di acquisto che di gestione di tali apparecchiature sul territorio nazionale

razionalizzare le risorse ottimizzando l'utilizzo anche mediante sistemi gestionali misti pubblico-privati.

Le grandi attrezzature biomediche si possono articolare in tre classi principali: quella delle analisi diagnostiche chimiche, quella delle bioimmagini e radioterapia, e quella degli interventi terapeutici. In tutte le classi suddette componente importante di sviluppo è il crescente livello di digitalizzazione.

Nell'ambito delle tecnologie di diagnostica di laboratorio, accanto alle indagini biochimiche classiche che sono state notevolmente automatizzate mediante robotizzazione riducendo i tempi di indagine, sono stati messi a punto test diagnostici sulla base di un'ampia serie di nuove piattaforme tecnologiche quali, citogenetica, immunochimica, ibridazione in situ con fluorescenza e altre tecnologie molecolari, compresa quella proteomica. Inoltre, lo studio e caratterizzazione del genoma umano e lo sviluppo di nuove tecnologie di biologia molecolare, ha permesso l'introduzione nel laboratorio clinico della genetica medica per l'identificazione e la diagnosi di malattie ereditarie sia in epoca pre- che post-natale, per la caratterizzazione di malattie genetiche e oncologiche, per l'individuazione precoce di infezioni microbiche. L'integrazione delle informazioni ottenute mediante queste nuove tecnologie diagnostiche con le terapie adatte sono un importante componente nella definizione di una medicina personalizzata.

Nell'ambito della diagnostica per immagini, si evidenziano priorità di intervento in un rinnovamento delle apparecchiature di radiologia tradizionale e della mammografia con evoluzione verso la tecnologia digitale, nell'aumento dei sistemi RIS-PACS, nell'incremento delle tecnologie ibride. Nello scenario di continua innovazione tecnologica della diagnostica per immagini si individua nella digitalizzazione dell'imaging un fattore di trasformazione centrale e decisivo sia nelle modalità produttive interne alle strutture e alle unità operative della diagnostica che nei processi clinici complessivi (ospedale, rete di ospedali, funzioni e ruoli territoriali). L'evoluzione verso la tecnologia digitale, garantisce una migliore qualità del servizio al paziente tramite la riduzione della dose assorbita, una maggiore semplicità in fase di esecuzione

della prestazione, una maggiore accuratezza diagnostica (con la possibilità di effettuare elaborazioni con software dedicati e stime quantitative), una maggiore efficienza nella gestione delle immagini digitali (dalla loro formazione all'archivio) e una ottimizzazione delle procedure di lavoro. In questo processo di crescente digitalizzazione, ruolo importante hanno anche i sistemi RIS/PACS per la gestione e l'archivio dei dati e delle immagini radiologiche. Una maggiore diffusione dei RIS/PACS, oggi distribuiti nelle strutture radiologiche a macchia di leopardo, e il recupero di una capacità organizzativa e operativa in ambito inter-ospedaliero e territoriale permetterebbero di razionalizzare e potenziare il sistema di offerta, in linea con l'esigenza di rendere sempre più trasparenti l'accesso e l'utilizzo del sistema sanitario regionale nei confronti dei suoi utilizzatori (SSN e cittadino). Lo sviluppo di sistemi di imaging sempre più sofisticati porta ad un aumento della accuratezza diagnostica e a una riduzione dei tempi di esame. In questo contesto, va segnalato lo sviluppo di sistemi ibridi che integrano due modalità di imaging (es. PET/TC) nella stessa apparecchiatura, permettendo la esecuzione di due indagini in un'unica sessione di esame. La integrazione di informazioni complementari (es. morfologiche TC e funzionali PET), ottimizza i tempi di esame e la qualità dei dati prodotti dalle due tecniche (radiologia e medicina nucleare), con un impatto sui percorsi diagnostico terapeutici.

Anche la radioterapia, come la diagnostica per immagini, è caratterizzata da una crescita ed implementazione tecnologica continua e progressiva, sicuramente in grado di fornire, nel prossimo futuro, ulteriori migliorie a favore del paziente affetto da tumore. Lo sviluppo tecnologico in radioterapia riguarda il miglioramento dell'imaging, come guida più precisa per il trattamento radiante, e l'avanza-

mento nelle modalità tecniche di erogazione delle radiazioni. Relativamente alla radioterapia guidata dalle immagini, gli acceleratori lineari moderni, sempre più disponibili nei centri oncologici di alta specializzazione, sono ormai in grado di produrre immagini radiologiche di alta qualità. Il volume bersaglio viene oggi definito sulla base delle immagini morfologiche TC e RM, ma lo sviluppo dell'imaging funzionale (PET, SPECT, RM funzionale) e la disponibilità di nuovi traccianti renderà possibile una caratterizzazione anche biologica del tumore e la definizione nel dettaglio di sottopopolazioni diversamente sensibili alle radiazioni. Le tecniche di erogazione delle radiazioni sono sempre più precise. La radioterapia ad intensità modulata (IMRT) è tecnica ottimale per ridurre drasticamente gli effetti collaterali del trattamento radiante. Ulteriori ottimizzazioni della distribuzione di dose possono essere ottenute con il sistema di IMRT elicoidale della Tomoterapia, l'uso di archi dinamici modulati effettuabili da moderni acceleratori lineari e altri sistemi di erogazione pendolare modulata ancora in corso di validazione clinica. Con i suddetti sistemi di precisione, estremamente cautelativi per gli organi sani, è possibile adottare schemi di frazionamento della dose, ugualmente efficaci ma in grado di ridurre i tempi di attesa per i pazienti ed i costi per il sistema sanitario. La nuova frontiera tecnologica in radioterapia è infine rappresentata dall'uso clinico di particelle pesanti come protoni e ioni carbonio, erogati da potenti acceleratori. Le potenzialità di queste tecniche, oggi disponibili in pochi centri al mondo, sono controbilanciate da costi di implementazione ancora poco permisivivi.

In ambito chirurgico, sebbene la chirurgia a cielo aperto rappresenti attualmente la tecnica interventistica ancora maggiormente utilizzata, la chirurgia minimamente invasiva si va

rapidamente diffondendo grazie alla riduzione dell'invasività dell'intervento, la diminuzione del dolore postoperatorio e degli effetti collaterali, la minor durata del ricovero ospedaliero. Le tecnologie emergenti (le bioimmagini, la robotica, la strumentazione intelligente) hanno una notevole influenza sullo scenario chirurgico, guidando la trasformazione delle procedure chirurgiche dal modello "tradizionale", basato esclusivamente sulle capacità del chirurgo, al modello "computer assistito", basato sulla sinergia chirurgo-macchina. Anche in questo ambito, affinché l'integrazione della tecnologia nella pratica clinica possa portare ad un cambiamento efficace delle strategie e degli approcci terapeutici, si renderà necessario un piano di intervento che consideri accanto agli elevati costi di acquisto e mantenimento delle apparecchiature e alla necessità di un adeguato addestramento del personale, i benefici per il paziente, per l'ospedale e per il sistema sanitario.

Con riferimento alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), lo sviluppo tecnologico rappresenta il substrato abilitante ad un modo evoluto di "fare sanità", basato su modalità innovative, e sempre più personalizzate, di erogazione dei servizi sanitari. A tali fini diviene fondamentale intervenire, oltre che sugli approcci terapeutici, anche sugli aspetti di natura organizzativa e sulle determinanti che ad essi sottendono – in primis lo sviluppo tecnologico – al fine di rendere disponibile un sistema di servizi integrati in rete che abiliti concretamente nuove modalità di erogazione dell'assistenza, e che a tali fini consenta di tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete dei servizi. Il sistema di servizi integrati dovrebbe essere orientato a consentire, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure

diagnostiche e terapeutiche con particolare riferimento alla qualità delle stesse, alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate e, non ultimo, al livello di soddisfazione percepito dal cittadino. Per questo lo sviluppo tecnologico, inteso come finalizzato all'attuazione della sanità in rete – o sanità elettronica – diviene un fondamentale propulsore, soprattutto nell'ambito della rete dei servizi sanitari di livello nazionale e territoriale, contribuendo fattivamente alla diffusione di informazioni a beneficio dei cittadini, al miglioramento dei processi di erogazione dell'assistenza ed alla programmazione sanitaria.

La sanità in rete sta assumendo un ruolo di preminente importanza in numerose azioni a tutti i livelli istituzionali: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'eHealth, che dovrà diventare sempre più strumento di utilizzo abituale per operatori, pazienti e soprattutto cittadini, per il concreto perseguimento delle finalità suddette.

In tal senso molto deve essere ancora realizzato, soprattutto in considerazione del fatto che lo sviluppo dell'eHealth sul territorio nazionale risulta fortemente differenziato, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architetturali, agli standard, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi. In particolare, è necessario che lo sviluppo tecnologico sia orientato a garantire la fruibilità e a facilitare l'utilizzo dei servizi implementati, nonché l'interoperabilità semantica e tecnologica dei sistemi, assicurando quindi la disponibilità di quel tessuto connettivo fondamentale per la realizzazione di servizi integrati in rete.

Ad oggi sono in corso di realizzazione numerose ed interessanti applicazioni finalizzate all'attuazione della sanità in rete, le cui ricadute positive possono essere riconosciute in diversi

ambiti assistenziali, dalla prevenzione, alla diagnosi, alla riabilitazione. In particolare, i benefici riscontrati sono molteplici e spaziano dalla disponibilità "ubiqua" delle informazioni associate alla storia clinica del paziente, alla fruibilità della documentazione sanitaria in formato digitale, all'abilitazione di sistemi evoluti di identificazione del paziente.

L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette di fornire al paziente un servizio migliore attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, ed accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. Tali esigenze sono state di impulso al conseguimento, negli ultimi anni, di significativi progressi sia nella definizione di standard semantici inerenti le informazioni scambiate, sia nella realizzazione di sistemi infrastrutturali abilitanti ad una comunicazione sicura, entrambi fondamentali per realizzare una sanità in rete veramente efficace, in cui sia l'informazione a seguire il paziente e non viceversa. Ciononostante, le recenti esperienze hanno evidenziato la necessità di ulteriori e significativi sforzi per superare gli ostacoli allo sviluppo della sanità in rete. Questi vanno dall'aspetto tecnologico (resistenza all'innovazione), a quello organizzativo (modalità di organizzazione del lavoro e raccordo con le procedure amministrative), normativo (necessità di regole comuni a livello nazionale e regionale), a quello strutturale (carenza di infrastrutture di rete sicure, scarsa integrazione dei servizi), nonché ad ostacoli di tipo economico (rapporto costi-benefici dei nuovi servizi), di tipo professionale (condivisione di responsabilità) e infine di tipo culturale (formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari).

Occorre superare le rilevanti disomogeneità che oggi caratterizzano il livello di maturità, le modalità di uti-

lizzo e di governo dello sviluppo tecnologico nei contesti regionali, frutto di differenti modelli organizzativi implementati nei SSR, oltre che conseguenza di una differenziata capacità di investimento. In particolare, è necessario orientare gli sforzi e gli investimenti progettuali con il fine prioritario di assicurare, in modo omogeneo sul territorio nazionale, le precondizioni fondamentali ed abilitanti alla corretta realizzazione della sanità in rete. Queste sono rinvenibili, in prima istanza, nella disponibilità di strumenti che consentano l'identificazione certa ed univoca degli assistiti, in sistemi informativi clinici e diagnostici in grado di produrre referti secondo formati standard, in infrastrutture che garantiscano l'accesso sicuro in rete ai dati informatizzati, nell'integrazione tra i sistemi informativi regionali – a partire dai Centri Unici di Prenotazione (Sistemi CUP) – e nei diversi sistemi di generazione degli eventi sanitari, quale condizione imprescindibile per la realizzazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'attuazione di una strategia complessiva di eHealth a livello nazionale è essenziale per il superamento di tali sfide. Il disegno della sanità in rete dei prossimi anni dovrà essere coerente con le linee evolutive tracciate dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), anche alla luce del ruolo ad esso istituzionalmente attribuito, ovvero definire e continuamente adeguare nel tempo i contenuti informativi e le modalità di alimentazione del patrimonio informativo del SSN, in coerenza con le esigenze di monitoraggio sanitario e le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, nonché quello di costruire gli strumenti necessari per l'analisi del bisogno sanitario e della capacità di risposta delle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali del SSN. La strategia complessiva di eHealth dovrà anche tenere conto delle importanti progettualità oggi in

corso nel nostro Paese, tra cui il sistema Tessera Sanitaria, ed essere in linea con il Piano eGovernment 2012, i cui principi ispiratori sono già insiti nelle iniziative intraprese a livello centrale e regionale.

Nell'ambito di tale strategia, inoltre, è opportuno indirizzare le iniziative progettuali affinché siano sempre più orientate a considerare, quali denominatori comuni, da un lato, la dematerializzazione dei documenti sanitari a beneficio dei sottostanti processi gestionali e organizzativi, dall'altro, l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni (LEI).

Le suddette considerazioni trovano coerente riscontro nelle iniziative intraprese dal Ministero con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed ai Centri Unici di Prenotazione (CUP), per i quali infatti è stato avviato, nel secondo semestre del 2008, lo studio e la predisposizione di linee guida ai fini dell'individuazione di modalità funzionali di riferimento a livello nazionale. Ma anche nell'ambito della telemedicina, lo sviluppo di una sanità in rete che sia anche finalizzata a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità, potrà trovare uno dei principali capisaldi. Grazie allo sviluppo tecnologico, inoltre, la telemedicina potrà costituire un valido supporto per una redistribuzione delle risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, per l'erogazione di servizi mobili d'urgenza, per l'utilizzo di risorse cliniche a distanza e, non ultimo, per assicurare una sempre maggiore equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei cittadini soprattutto nei territori remoti.

Al fine di creare le precondizioni necessarie per massimizzare le ricadute positive derivanti dallo sviluppo tecnologico è fondamentale, oltre all'attuazione di specifici programmi

di cambiamento rivolti sia agli operatori sanitari che ai cittadini, la predisposizione di linee evolutive per la definizione di modalità tecnico-organizzative comuni, nonché la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale, e la messa a sistema delle migliori pratiche.

È necessario che la sanità in rete contribuisca fattivamente a migliorare la qualità e l'efficienza dell'assistenza

sanitaria erogata e, quindi, che le risorse disponibili siano impiegate in investimenti coerenti con le reali necessità del SSN. È fondamentale definire una strategia complessiva di eHealth a livello nazionale, che renda sinergico il confronto ed il coordinamento tra il livello centrale e regionale, e che consenta di indirizzare efficacemente lo sviluppo tecnologico ai fini dell'attuazione della sanità in rete.

L'innovazione terapeutica è un obiettivo centrale per la salute pubblica in quanto da questa dipendono in larga misura la qualità ed il costo della cura.

Il termine 'innovativo' si riferisce a un prodotto / procedura terapeutica che, rispetto all'esistente, offre benefici aggiuntivi dovuti o a diversi meccanismi di azione in patologie che richiedono progressi terapeutici, o all'utilizzo degli stessi meccanismi d'azione ma per nuove applicazioni.

Le terapie innovative includono vari mezzi terapeutici, fra cui principalmente i farmaci (di sintesi e biologici), le tecnologie (es radioterapia, interventistica, nanomedicina), e una combinazione delle due.

Preliminare allo sviluppo delle terapie innovative è stabilire i criteri che definiscano i gradi di innovazione, tenendo conto che in ogni caso deve essere evidente il beneficio (guarigione, miglioramento di qualità della vita, aumento della sopravvivenza etc). Per tutti i tipi di terapia innovativa è comunque fondamentale attuare politiche che da un lato ne favoriscano lo sviluppo, e dall'altro ne valutino la sostenibilità economica.

In campo farmacologico AIFA svolge un ruolo fondamentale avendo stabilito un percorso di ammissione condizionata alla rimborsabilità che, da un lato consente all'Azienda produttrice di giungere alla negoziazione del prezzo di un farmaco potenzialmente innovativo sulla base di potenziali benefici aggiuntivi rispetto all'esistente; dall'altro impone all'Azienda stessa di compiere, entro un determinato periodo di tempo, studi che dimostri-

no il conseguimento dei benefici attesi. Nel caso in cui i benefici non siano dimostrati le condizioni di rimborsabilità vengono riviste.

L'AIFA è all'avanguardia in tale settore poiché è tra le poche Agenzie europee ad aver consolidato esperienze specifiche di Health Technology Assessment coniugando al suo interno la valutazione del rapporto rischio-beneficio con quello rischio-efficacia. In vista della disponibilità di nuove terapie, certamente sempre più efficaci ma sicuramente anche più costose, è stato necessario ripensare il sistema in modo di essere in grado di valutare il reale valore del farmaco in termini globale di salute prodotta. Inoltre l'AIFA tra le Agenzie europee è all'avanguardia per avere sviluppato procedure di risk sharing e payment by results, basate su registri. Tali strumenti permettono di guidare l'appropriatezza prescrittivi, tracciando al meglio sia la spesa farmaceutica sia i parametri d'uso del nuovo farmaco, cercando di colmare i livelli di incertezza specifici e inevitabili nelle prime fasi di commercializzazione.

Di altrettanto grado di innovazione ed importanza sono le terapie 'tecnologiche', ovvero quelle in cui il meccanismo d'azione che sottende la cura è basato sull'utilizzo di una tecnologia, ivi incluse tecnologie ad alto costo e complessità (tipicamente la radioterapia), tecniche interventistiche e nanotecnologie. Questo settore delle terapie è in rapida crescita e costituisce un metodo terapeutico nuovo ed efficace, alternativo o complementare al trattamento farmacologico. La valutazione della sostenibilità di tali terapie deve

seguire gli stessi processi e procedure attivati per le terapie farmacologiche, anche se gli interlocutori sono diversi e meno chiaramente identificabili.

Va comunque incoraggiata una politica che sfrutti al meglio tutte le possibilità terapeutiche disponibili e ne favorisca le combinazioni, anche nell'ottica di un rapporto ottimale costi/beneficio.

Obiettivo finale che regola lo sviluppo di qualsiasi tipo di terapia innovativa è quello della medicina personalizzata, che ha importanti implicazioni culturali, pratiche ed economiche.

Sia per il costo elevato dei nuovi farmaci (es. oncologici) e trattamenti (es. radioterapia ad alta conformazione), sia per la loro applicabilità mirata ai singoli soggetti, è fondamentale poter valutare un rapporto costi/benefici che compari globalmente la spesa sostenuta con la salute prodotta. Inoltre è necessario dotarsi di nuovi strumenti di analisi affinché sia garantita la tenuta dell'intero sistema e assicurata la disponibilità delle necessarie risorse da destinare alla innovatività e alla sua promozione. Un tema quest'ultimo cui l'AIFA pone particolare attenzione. Ne è testimonianza il "Documento programmatico per l'incentivazione alla sperimentazione clinica nel campo delle Biotecnologie in Italia" sottoscritto con l'ISS e l'Assobiotec: uno strumento concreto per rilanciare la ricerca italiana e richia-

mare investimenti sul territorio nazionale. L'Accordo costituirà anche un importante passo avanti per sviluppare una cultura delle early phases e per permettere all'Italia di assumere un ruolo nelle fasi decisionali oltre che applicative della ricerca.

In ogni caso l'ottimizzazione del rapporto costo-beneficio non può prescindere da una vera e propria rivoluzione in ambito medico che ristabilisca nuovi criteri di classificazione delle patologie, valorizzando in particolare gli aspetti biologici specifici che sottendono la manifestazione clinica e che siano misurabili su larga scala. In questo senso, lo sviluppo di terapie innovative è strettamente correlato alla ricerca e sviluppo di metodi per l'identificazione di gruppi associati (set) di biomarcatori che caratterizzano la malattia ai fini della predittività di risposta terapeutica. Se da un lato, infatti, la medicina personalizzata implica in un certo senso che tutte le nuove terapie siano assimilabili alle 'orphan' drugs, dall'altro una revisione sistematica delle classificazioni nosologiche di malattia unita ad una combinazione appropriata (perché indirizzata in modo specifico) dei dispositivi terapeutici permette sia un contenimento delle spese che un'ottimizzazione delle risorse e, non ultimo, un accesso a tutti i cittadini a schemi terapeutici innovativi sempre più efficaci.

Il tema della responsabilità professionale del personale sanitario è stato recentemente oggetto di una approfondita ed attenta riflessione da parte della Commissione parlamentare Igiene e Sanità del Senato.

È noto infatti, non solo agli addetti ai lavori ma anche all'opinione pubblica, che il problema del contenzioso per danni a persone causati da personale sanitario, medico in primis, ha subito un notevole incremento negli ultimi anni, comportando da un lato un sempre maggior ricorso dei pazienti all'autorità giudiziaria, e dall'altro, atteggiamenti "difensivi" dei sanitari preoccupati, di tutelare la propria immagine professionale

Tale scenario potrebbe comportare (ed in talune situazioni forse ha già determinato) comportamenti e scelte diagnostico-terapeutiche del medico che non siano solo nell'interesse del paziente ma anche volte a salvaguardare la propria reputazione; questo fatto metterebbe a repentaglio un diritto del cittadino, quello alla salute, garantito dalla nostra Carta costituzionale.

Gli elementi fondamentali che è necessario prendere in esame nell'affrontare il tema della responsabilità professionale del personale sanitario, sono certamente rappresentati da:

- la tutela del paziente;
- la possibilità di garantire l'esercizio della professione del personale sanitario in condizioni ottimali.

I due obiettivi rispondono infatti all'esigenza, da un lato di fondare il rapporto medico paziente sulla trasparenza, sulla fiducia, sull'incontro di volontà nel percorso terapeutico, dal-

l'altro di far sì che le risorse umane in ambito sanitario, nella complessità delle dinamiche del lavoro e a fronte di risultati di processi non sempre prevedibili e riproducibili, possano esaltare in modo positivo la ricchezza del "fattore umano".

La prevenzione del rischio intrinseco alla professione sanitaria, non può determinare per carenza normativa un atteggiamento difensivistico e precauzionale le cui conseguenze sono certamente a carico del paziente. Deriva da ciò, pertanto che la fiducia e "serenità" del paziente sinergica a quella dell'operatore sanitario è in se stessa modello di controllo del rischio clinico.

L'onerosità dei premi assicurativi e il contenzioso in crescita hanno determinato atteggiamenti professionali non sempre appropriati e indirizzi di studio specialistici in ambito sanitario non secondo le proprie attitudini e aspirazioni.

Lo sforzo della proposta legislativa è pertanto quello di garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutto il personale sanitario per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi con giusto diritto di risarcimento. La proposta di modifica normativa indirizza una serie di elementi determinanti, in grado di migliorare la sicurezza, senza affievolire la responsabilità degli operatori ed individuandone con chiarezza i compiti:

- assicurazione obbligatoria delle strutture;
- fondo di garanzia;
- fondo per l'alea terapeutica;
- monitoraggio degli eventi avversi e del contenzioso;

- riduzione dei tempi di prescrizione;
- graduazione della colpa grave;
- rivalsa solo in caso di dolo;
- azione diretta per il risarcimento del danno;
- conciliazione con rito abbreviato.

In particolare la previsione dell'assicurazione obbligatoria delle strutture è finalizzata a porre fine al frequente rimbalzo di responsabilità tra i diversi componenti del sistema, stabilendo che, per danni subiti dai pazienti che chiedono assistenza (ricovero o altre prestazioni sanitarie) ad una struttura ospedaliera (pubblica o privata) sia quest'ultima a risponderne civilmente.

Inoltre è previsto che il contratto di assicurazione debba essere stipulato con massimali idonei a garantire la

copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli operatori sanitari e prevedendo elementi integrativi per quei reparti quali pronto soccorso, terapia intensiva, unità coronarica, rianimazione, sala parto, neonatologia, ad elevato rischio.

Si prevede anche che sia istituita presso ogni struttura ospedaliera pubblica o privata una funzione organizzativa di valutazione e gestione del rischio e di consulenza in materia assicurativa configurata quale "Unità di Rischio Clinico" e che ogni Regione possa istituire un Fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le aziende sanitarie ubicate sul proprio territorio, sostitutivo delle polizze assicurative.

Particolare attenzione è dedicata ai problemi sanitari delle Isole Minori, come viene suggerito anche dall'Unione Europea, che, in quanto tali, richiedono analisi e interventi specifici per ridurre gli svantaggi e le fragilità strutturali che le caratterizzano.

Non può essere trascurato il fatto che la sanità esprime dei bisogni che sono terminali di processi che nascono e si sviluppano nelle problematiche della vita sociale e ambientale, proprie delle isole di piccole dimensioni, e che riguardano l'ambiente, il lavoro, l'educazione e la scuola, i trasporti, ma anche l'accesso e l'impatto turistico fino all'approvvigionamento idrico ed energetico.

Aspetti che si riflettono sui fabbisogni e la domanda di salute e, di conseguenza, sulla organizzazione dell'assistenza sanitaria non solo dell'urgenza-emergenza e della risposta ospedaliera per le fasi acute delle patologie ma anche nella assistenza primaria di base e in tutte le fasi di prevenzione, diagnosi precoce e, infine, riabilitazione e controllo dell'intero processo clinico e assistenziale.

Per affrontare il problema e accelerare lo sviluppo di soluzioni è stata definita una metodologia di analisi al fine di affrontare con un medesimo approccio le isole minori del nostro Paese, peraltro collocate in contesti regionali molto differenti per organizzazione e gestione sanitaria.

Lo scopo è quello di identificare le principali criticità e le problematiche comuni ma, al tempo stesso, di trovare le soluzioni che sono specifiche per ogni singola realtà che contiene differenze significative legate alla dimen-

sione, alla collocazione geografica, alla vicinanza col continente e alla sua dipendenza, alla vitalità produttiva e culturale, alle vocazioni economiche e sociali che rappresentano.

Alcune delle maggiori criticità incontrate dalle popolazioni delle isole sono: la difficoltà nelle comunicazioni, che possono essere superate con l'utilizzo delle tecnologie; il fatto che piccole popolazioni non raggiungono la massa critica necessaria per la presenza di specialisti e attrezzature costose; la necessità di raggiungere un corretto bilanciamento tra i residenti trasferiti per trattamenti e il personale sanitario da condurre sull'isola; la difficoltà nel reclutamento di personale medico altamente specializzato e, al tempo stesso, l'isolamento professionale che può essere superato con la telemedicina e una specifica formazione.

Alla luce di queste considerazioni l'approccio metodologico dell'analisi si è concentrato sulle caratteristiche della domanda ospedaliera, ambulatoriale e di urgenza, della morbilità e mortalità, sotto forma di percorso orizzontale o di processo clinico assistenziale per gruppi di popolazione, per patologie più rilevanti e per branche specialistiche.

I fabbisogni di salute vengono letti trasversalmente sulla base dei processi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione: dalla promozione ed educazione alla salute alla diagnosi precoce, alla terapia nei vari gradi di complessità chirurgica e medica (alta complessità tecnologica fino alla bassa assistenza domiciliare) per giungere alla riabilitazione, al controllo e al follow-up.

Attraverso tale lettura è possibile individuare il rapporto tra processi clinici ed esiti, come tra prevenzione e mortalità e anche identificare le criticità e gli attriti tra i vari punti organizzativi del percorso del paziente.

Ne scaturisce un livello d'analisi e riprogettazione della rete di strutture e funzioni sanitarie, estremamente rilevante nella situazione delle isole di piccole dimensioni, orientato a pianificare l'appropriatezza delle attività necessarie alla maggior parte dei percorsi del paziente/cittadino.

Infatti, una delle problematiche più complesse della programmazione sanitaria nelle piccole comunità è rappresentata dalla scelta di quali servizi offrire in situ e per quali altri, invece, predisporre il trasferimento dei pazienti, sia che si tratti di prestazioni d'emergenza che programmate.

A questo proposito, un aspetto molto delicato è rappresentato dalla gravidanza e dal parto: alcuni ospedali sulle isole offrono assistenza per le gravidanze a basso rischio, inclusi i cesarei d'emergenza, mentre quelle a rischio maggiore devono essere necessariamente trasferite.

Un primo confronto, tra i parti delle isole con ospedale e quelli trasferiti, evidenzia che le complicanze e i neonati con affezioni sono assolutamente maggiori negli ospedali di piccole dimensioni e le informazioni raccolte

sui ricoveri del 2008 offrono già motivi di riflessione e orientamenti verso un modello organizzativo più appropriato.

Dall'analisi sono emersi risultati positivi del percorso di urgenza-emergenza del Pronto Soccorso e 118 eli-soccorso, dove la cultura medica e organizzativa del nostro Paese è ormai di buon livello, spesso efficiente ed efficace.

Si sottolinea che le principali criticità che l'analisi ha osservato fino ad ora riguardano non tanto la carenza di tecnologie o specialisti, ma soprattutto di progetti e obiettivi di salute; nel senso di pianificare azioni "coordinate e integrate" dentro e fuori dall'isola con le funzioni del continente, per rispondere ai fabbisogni in modo puntuale.

In conclusione, compito del progetto avviato è quello di verificare le criticità e le eventuali carenze che caratterizzano l'attuale risposta sanitaria alla domanda delle popolazioni delle isole minori, e di formulare proposte e soluzioni appropriate e coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza, con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani delle Regioni di appartenenza; con le esperienze organizzative e gestionali considerate "buone pratiche" e mutuabili nel Paese, attraverso una vera e propria proposta operativa di miglioramento specifica per ciascuna realtà.



FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI NOVEMBRE MMIX  
DA GRAFICA 10 - CITTÀ DI CASTELLO (PG)

