

**Giuseppe Imbalzano**

**Proposte per la Sanità del futuro**

**Prendersi cura dei cittadini**

## Indice

La ricomposizione del sistema sanitario nazionale.	4
Premessa .....	5
Obiettivi di una moderna politica sanitaria .....	14
Medico, paziente, bisogni sanitari e salute .....	15
(Nuovi) obiettivi del sistema .....	25
Le aree di riferimento .....	30
Cure primarie (?) .....	32
Assistenza domiciliare .....	50
Il sistema informativo territoriale .....	51
Remunerazione delle prestazioni .....	52
Programmazione e gestione finanziaria.....	57
Light hospital e heavy hospital .....	62
La rete del Light Hospital .....	64
Heavy Hospital, ospedale per acuti .....	71
Posti letto, risorse umane ed abitanti .....	76
Il personale .....	78
Il distretto socio sanitario .....	80
L'Azienda Sanitaria.....	83
Il sistema informativo.....	86

Come ridimensionare i costi del SSN .....	91
Il ticket.....	92
Farmaci .....	97
Laboratorio Analisi .....	99
Medicina specialistica e diagnostica strumentale .....	100
Ricoveri .....	101
Responsabilizzazione del cittadino .....	102
Materiali e metodi .....	106
Sintesi .....	123
Le policies per la Promozione alla salute .....	125
Le policies .....	127
Stakeholder, policy ed aree di intervento .....	147
Sintesi .....	151
Conclusione .....	152

# La ricomposizione del sistema sanitario nazionale

## Agitare prima dell'uso



**Dr. Giuseppe Imbalzano**

2

La semplificazione del sistema gestionale e della struttura operativa del SSN, coordinati con una diversa individuazione specifica del ruolo delle componenti presenti nel sistema e con alcune variazioni nelle scelte, negli obiettivi e nei meccanismi di indirizzo, sono gli intenti intrinseci di questa proposta.

Il riordino del servizio comprende l'esigenza di ricollocare compiti e processi, di rivedere procedure e modalità di offerta, di rileggere i risultati attesi e di utilizzare in modo appropriato le risorse disponibili.

L'organizzazione deve trovare un adeguato sviluppo verso obiettivi di servizio e di risultato, favorendo una comunione di propositi e fini convergenti, un sistema di valori prevalenti condiviso e indirizzato a migliorare la qualità di vita e di salute dei cittadini, da parte di tutte le componenti operanti nell'ambito del sistema sanitario nazionale.

## Premessa

Il Servizio Sanitario Italiano, nato con la Riforma del 1978, è stato sottoposto a numerose modifiche normative e strutturali nel corso di questi anni. Negli stessi anni l'organizzazione amministrativa e sanitaria ha invece modificato la propria configurazione in modo del tutto parziale e non sempre in coerenza con le effettive esigenze della popolazione.

Ad ogni legge finanziaria, e negli ultimi anni anche più volte nel corso dell'anno, sono state apportate modifiche sostanziali in termini di disponibilità di risorse economiche e di risorse umane e strumentali. La regionalizzazione del SSN ha condotto a modifiche anche sostanziali nella offerta e gestione del servizio tra le diverse realtà territoriali.

Alcuni strumenti di gestione sono stati prodotti (ad es i LEA), una rilevazione costante di informazioni è stata attivata, ma sono mancati elementi di valutazione di risultato e indicatori che non siano prevalentemente di ordine economico o tecnico.

Per una organizzazione che costa oltre 120- 130 miliardi di euro all'anno non abbiamo obiettivi evidenti di risultato di salute ma abbiamo prevalentemente obiettivi di struttura, prestazionali o di tempestività per la popolazione assistita e non per tutti i settori. La gestione degli interventi sanitari o organizzativi viene effettuata prevalentemente a seguito della manifestazione e dello sviluppo delle patologie o di particolari problemi socio sanitari e i costi vengono ridimensionati con azioni coercitive o modificando prezzi o sconti.

Anche i piani sanitari, nazionali e regionali, sono, frequentemente, di indirizzo e a breve e medio termine e non piani di programmazione con una prospettiva di medio e lungo termine, sia finanziario che gestionale. Le azioni proposte sono assolutamente condivisibili ma non tengono conto di opportunità organizzative, gestionali, cliniche e scientifiche in cui, in un periodo temporale più prolungato, potrebbero rendere molto meno oneroso il servizio e garantire

migliori e più qualificati risultati in termini di salute (e non solo di cura delle malattie) per la popolazione.

Indicare come obiettivo, e strumentarne adeguatamente gli interventi, in un lasso di tempo definito, la riduzione del 25% dei pazienti affetti da diabete o colpiti da ictus, da patologie respiratorie o da tumori al polmone, o orientare alla selezione di opportunità per evitare il manifestarsi di nuove patologie avrebbe consentito, in questi anni, migliori e più concreti risultati economici e uno stato di salute della comunità mediamente migliore rispetto alla attuale, con migliori prospettive per il futuro. Sono stati proposti, come strumento regolatore, i protocolli diagnostico terapeutici delle patologie a maggior diffusione territoriale, prendendo atto di quanto accaduto alla popolazione senza tentare di ovviare alla situazione che si sta sviluppando in modo indipendente dai nostri interventi.

Le prospettive per il futuro sono, certamente, in una situazione economica come quella che stiamo attraversando e con le prospettive di incremento assoluto dei costi, evidentemente problematiche e non sempre ben indirizzate a risolvere i problemi sanitari e le malattie (croniche o degenerative) che si stanno accrescendo, numericamente e per gravità relativa, nella nostra comunità.

Le attività amministrative e burocratiche, nella attuale organizzazione, non appaiono assolutamente in declino e i sistemi di sorveglianza funzionali alla determinazione di verifiche formali sono prevalenti.

Lo sviluppo delle attività assistenziali è stato del tutto organico ad obiettivi prevalentemente quantitativi. La gestione della appropriatezza è stata più orientata a fattori di organizzazione che verso elementi di struttura organica del sistema. Le azioni di miglioramento di qualità sono state spesso indirizzate verso modifiche parziali dei comportamenti organizzativi o delle strutture oggetto di intervento. Anche le nuove scelte gestionali della organizzazione delle attività ospedaliere (organizzazione secondo schemi preordinati che caratterizzano principalmente l'attività assistenziale e non quella medica) sono diventate azioni di condivisione

---

---

di linee di indirizzo di cui deve essere valutata l'efficacia, mutuata da altri sistemi sanitari, che hanno attecchito in un sistema che ha perso, qualche volta, reali obiettivi di risultato clinico ed ha favorito l'efficienza prestazionale o la prospettiva di tale efficienza.

La struttura e l'organizzazione dei servizi negli ospedali o nei distretti socio sanitari non ha avuto una condivisione generalizzata. Ma, non raramente, non ha avuto neanche una condivisione, e un esempio particolare riguarda i distretti che hanno subito linee di visione ed orientamento ondivaghe, non infrequentemente residuali rispetto al resto del sistema sanitario.

Non sempre sono stati evidenziati elementi di risultato organizzativo ma hanno prevalso linee di tendenza, quasi mode, che sono state orientate più da amministrativi, economisti, architetti che da medici e personale sanitario nel riordino e costruzione dei nuovi modelli e lo sviluppo di nuovi servizi. In particolare i distretti sono stati attivati, non raramente, più per garantire una formalità funzionale che non per obiettivi specifici e ben orientati alla gestione integrata delle risorse presenti sul territorio al fine di garantire il risultato di un più elevato livello di salute per la comunità assistita. Non sempre è stato individuato il fabbisogno dei servizi necessari e la conseguente disponibilità di risorse umane e tecnologiche per soddisfare l'adeguato svolgimento delle attività di risposta ai bisogni dei cittadini. Non sempre sono stati proposti i necessari confronti con la comunità per valutare gli effettivi bisogni e le risposte che dovevano essere garantite, anche in integrazione con gli altri servizi o agenzie del territorio, ai cittadini assistiti.

In sanità i contributi e le idee sono essenziali, dal malato ai loro parenti, che non frequentemente vengono presi in considerazione, ai diversi attori, medici, infermieri, tecnici e amministrativi, che ne vengono coinvolti. La personalizzazione del servizio e la lettura dei bisogni per singolo assistito sono elementi che spesso stridono con la struttura organizzativa e gestionale del servizio.

Gli ospedali costruiti, anche fisicamente, sulla organizzazione dipartimentale o sui livelli di assistenza hanno dimostrato sin da subito come potessero mal conciliarsi con le esigenze dei malati e la responsabilità e organizzazione del personale medico ed infermieristico. Alcune

soluzioni, certamente positive, sono state trasformate da chi non ha avuto una visione d'insieme del sistema, in un modello strutturale e fisico. Non si è tenuto conto di due elementi fondamentali. Il primo, la grande variabilità dei bisogni dei pazienti che non possono essere definiti a priori secondo schemi preordinati. Il secondo, la variabilità organizzativa e i progressi scientifici sopravvenuti e quelli che verranno in un prossimo futuro. La durata e l'organizzazione delle degenze, l'assistenza, la cura della persona, variano sulla base delle modalità di approccio medico, infermieristico, tecnico e scientifico, che non è omogeneo né assimilabile nelle diverse realtà o situazioni effettive e, persino, per la medesima patologia.

L'approccio ai bisogni e alla migliore risposta possibile ha avuto, prevalentemente, un modello soggettivo di risposta e di cultura specifica del medico, dello specialista, del professionista, che segue il paziente. Modelli condivisi sono stati espressi per attività cliniche, e non in forma diffusa e costante, per tutte le specialità. Ma la selezione delle modalità di intervento clinico avviene in funzione delle esigenze specifiche del paziente e delle disponibilità di risorse umane e tecnologiche presenti. Inoltre, la stratificazione e la creazione di nuove entità operative, nel tempo e nelle realtà locali, anche per un mal interpretato modello di "concorrenza" tra le strutture e i servizi, non sempre ha visto un meccanismo di risposta adeguato per ridurre le condizioni di ridondanza proprie di un sistema clinico che ha come obiettivo il migliore livello di cura possibile, in un impianto, scientifico e professionale, sempre più orientato a produrre risposte condivise ed efficaci (P. Drucker indica, per i servizi pubblici, come obiettivo, l'efficacia). L'elemento critico del sistema, in sanità, è principalmente determinato dalla individuazione della diagnosi poiché le successive scelte sono per lo più ben orientate. Il grande lavoro di valutazione ha invece intrapreso linee di attenzione verso la terapia (la medicina basata sulle evidenze ne è un esempio seppure non si sia comunque approfondito sufficientemente questo settore) e non verso la diagnosi ed i minimi, culturali e tecnologici, necessari per garantirla in modo opportuno.

*"Il medico vede ciò che sa"* è un aforisma fondamentale nella pratica medica che qualche volta viene eluso nel suo proprio grande valore scientifico, professionale, clinico e sociale.



Importante, per una buona gestione delle attività sanitarie, è la cultura professionale che viene sviluppata, espressa e condivisa dall'intera classe medica del territorio di riferimento. I protocolli diagnostico terapeutici non possono sostituire le conoscenze specifiche nè possono diventare il modello operativo prevalente, applicabile regolarmente ad ogni singolo caso. Non trattiamo, assistiamo, curiamo, una malattia ma una Persona. Diversa è la situazione ospedaliera per un intervento predefinito, dove agire in modo strutturato ed organico è indispensabile per evitare errori od omissioni.

La responsabilità di analisi clinico terapeutica e di valutazione clinica deve essere attribuita principalmente al medico di famiglia, in una visione olistica della persona, dei suoi bisogni sanitari, assistenziali e sociali, per un risultato di sintesi che non sia solo medico. L'aggregazione operativa e il confronto culturale non può che favorire il risultato clinico, socio sanitario, assistenziale e di salute per il cittadino. Nel corso di questi anni, nella pratica corrente, il focus non è stato posto principalmente sulle linee scorrette di comportamento (le prestazioni non indispensabili o inutili, con scelte ancora orientate all'ipse dixit (*esami patognomonici* che proseguono nella costante prescrizione senza che vi siano evidenti ed effettive necessità di utilizzo) o sui fallimenti terapeutici come strumento di risposta alle criticità manifestate dai risultati clinici, ma su una visione evolutiva della ricerca e della innovazione, tecnologica e professionale. Il "cosa non serve" non sempre è elemento di valutazione e di giudizio nella pratica clinica. In sintesi, esiste anche un qualche elemento confusivo negli indirizzi delle scelte del positivismo scientifico che non sempre conduce a risultati appropriati per il cittadino.

La percezione del cittadino, a cui non è stata data la possibilità di sviluppare una cultura adeguata in campo educativo sanitario, preventivo e di sicurezza personale, nella valutazione del sistema, risulta più orientata verso elementi di soddisfazione alberghiera o di tempestività della risposta che di qualità e di risultato effettivo in funzione della propria salute.

Per cui poniamo il quesito se la attuale organizzazione sanitaria risponde alle esigenze dei cittadini, e stiamo trattando l'argomento secondo la linea di questo contributo, se cioè la rete e

la struttura dei servizi rispondono alle esigenze espresse e ai bisogni effettivi dei cittadini. Poniamo anche la domanda se i costi determinati dalla offerta di servizi per la soddisfazione dei bisogni coincidono con la disponibilità corretta di risorse umane, strutturali e tecnologiche sufficienti per garantire quanto utile ed indispensabile.

Oggi siamo ad un bivio, con una combinazione tra salute- economia- diritti e doveri. Ci chiediamo se il cittadino/ cliente/ consumatore/ azionista del sistema sia effettivamente nelle condizioni di ottenere quanto di meglio si possa attendere dalla Azienda più grande che esista in Italia che dovrebbe garantire il massimo di efficacia nell'utilizzo delle risorse e della azione di sviluppo sociale che consegue ad una buona condizione di salute della nostra comunità.

La legge di revisione della spesa, la *spending review*, ha orientato la scelta di riduzione dei posti letto, la chiusura di ospedali al di sotto di 80 letti, con qualche aggiustamento sul personale e sulla distribuzione delle attività nella relazione pubblico privato, oltre ad altri tagli, per lo più lineari e non articolati.

Ma queste indicazioni sono effettivamente in grado di ridimensionare la spesa e il trend di evoluzione dei costi sanitari? Si tratta di una scelta che effettivamente potrà ridurre stabilmente la spesa nel lungo periodo mantenendo invariata o migliorando la qualità del servizio sanitario? O tenderà a trasferirla ulteriormente nel settore privato?

Non intendiamo dare una risposta a questa domanda poiché tanti dubbi possono essere espressi, anche in considerazione del fatto che nel corso di questi anni la riduzione dei posti letto non ha comportato significative contrazioni della spesa sanitaria, in particolare per quanto attiene al costo unitario delle prestazioni, che sono state regolarmente incrementate.

Di contro, la valutazione dei risultati in termini di salute, sulla base dei dimensionamenti strutturali e organizzativi non è stata mai presa in considerazione. La gestione della attività sanitaria (e non per la salute) è stata assimilata ad una mera organizzazione industriale, con le relative conseguenze gestionali.

Il costo medio (non i ricavi, che sono tendenzialmente simili a parità di tipologia) per singola prestazione di ricovero è variabile secondo le dimensioni della struttura. E' alto per le strutture piccole, meno elevato per le strutture medie e alto per le strutture più grandi. Per queste ultime vale il valore della casistica assistita, il case mix, che è molto alto in termini di complessità, mentre per le prime la scarsità di letti determina una inefficienza relativa di grado elevato, considerato che la tipologia di prestazioni è relativamente poco complessa con i servizi sanitari generali che devono essere comunque garantiti. Restringere le disponibilità di strutture e di letti, nei fatti, non ha comportato un risparmio significativo o lontanamente equivalente alla riduzione dei letti eliminati. Il costo del ricovero non è direttamente proporzionale al numero dei letti e tantomeno alle giornate di degenza. Il costo medio per giornata di degenza è invece legato alla modalità di assistenza e ricovero del paziente.

Dobbiamo tenere anche conto che, oggi, appare improbabile che gli Italiani possano immaginare la nostra Nazione priva del Servizio Sanitario come lo conosciamo attualmente.

Riconosciuto dall'Oms come il secondo (dopo la Francia, e recentemente al terzo posto, dopo la Germania) servizio sanitario al mondo per disponibilità di servizi alla popolazione, come organizzazione, a livello mondiale, si posiziona al 22mo posto come soddisfazione dell'utenza (Tab 1).

Questo gap è l'elemento che riteniamo vada colmato con l'obiettivo di offrire un servizio non solo diffuso ma molto qualificato e che dia reale soddisfazione ai bisogni espressi dai cittadini.

Tab.1

Rendimento globale*		Livello di risposta**	
1	Francia	1	Usa
2	Italia	2	Svizzera
3	San Marino	3	Lussemburgo
4	Andorra	4	Danimarca
5	Malta	5	Germania
6	Singapore	6	Giappone
7	Spagna	7	Norvegia
8	Oman	8	Canada
9	Austria	9	Olanda
10	Giappone	10	Svezia
11	Norvegia	11	Cipro
12	Portogallo	12	Australia
13	Monaco	12	Austria
37	Usa	22	Italia

(\*) Riunisce l'insieme degli indicatori utilizzati dall'Oms

(\*\*) Indice rivolto a sondare la capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini secondo: a) il rispetto delle persone; b) l'orientamento al paziente

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità (Oms) 2000

Il problema del finanziamento del sistema è stato sempre il più rilevante, come possiamo constatare dagli aggiustamenti, regolari e periodici, che sono stati effettuati nel corso di questi 30 anni. Salvo qualche anno particolare, gli aggiustamenti sono stati tutti effettuati per un ridimensionamento della spesa. Non vogliamo assolutamente criticare questa scelta, che, anzi, ha sempre cercato di garantire il servizio offerto. Ma la garanzia del rispetto del bilancio non è l'unico elemento da assicurare per offrire un buon servizio sanitario. E la selezione di questo riferimento non ha portato ad una rilettura del sistema.

Negli anni, inoltre, per ovviare alle storture che sono state via via individuate, sono state approvate le leggi di aggiustamento alla riforma del SSN. La definizione di un nuovo modello ha invece condotto a più momenti di riforma istituzionale, che si è combinato con la revisione del

ruolo delle Regioni e la trasformazione del SSN in 21 SSR (e non raramente con l'organizzazione in Aziende Sanitarie con notevole autonomia e variabilità di offerta dei servizi).

Ma non vogliamo entrare nel merito di queste scelte, oggetto di questo lavoro è la valutazione dei risultati sanitari e di salute (non per caso abbiamo un Ministero della Salute) ottenuti nel corso di questi anni e le possibili revisioni organizzative. Il nostro approccio non sarà normativo bensì terrà conto dei meccanismi produttivi e di risultato di salute.

E' indubbio che se il sistema procederà secondo gli attuali meccanismi, la compatibilità economica potrà garantire ancora per poco il servizio come lo conosciamo oggi. Appare anche evidente che tutte le azioni di aggiustamento sono state del tutto aleatorie ed hanno consentito brevissimi tempi di equilibrio, di tamponamento delle falle individuate.

Il sistema in sé, così come è costituito, non consente di essere ricondotto ad aggiustamenti a lungo termine bensì a semplici riequilibri e non certo sostanziali se non ridimensionando l'offerta e il trasferimento della spesa da un capitolo (pubblico) ad un altro (privato) della nostra comunità. Molte delle azioni effettuate in questi anni hanno condotto a queste scelte (LEA che hanno escluso via via attività sanitarie sino a giungere alla riduzione dell'offerta di prestazioni del settore della riabilitazione, della odontoiatria, chirurgia plastica o le attività di medicina sportiva etc, più o meno condivisibili) ma la riduzione dell'offerta tende a trasferire sul privato quanto oggi offerto come servizio pubblico.

Il ticket è diventato un mero strumento economico, seppure sia possibile dare valore e considerazione che possa diventare, sotto altra forma, uno strumento di indirizzo e di riequilibrio economico, come verrà proposto successivamente.

Senza voler approfondire ulteriormente elementi che appaiono noti ed evidenti, vogliamo fare alcune valutazioni circa le possibilità di ricondurre il servizio sanitario ad un comportamento utile e coerente con la attuale situazione economica senza per questo perdere le caratteristiche di universalità e accessibilità che lo contraddistinguono.

## Obiettivi di una moderna politica sanitaria

Gli obiettivi di una moderna politica sanitaria si possono riassumere in 4 punti

- Preservare e migliorare la salute della popolazione
- Raggiungere un livello accettabile di equità
- Rispondere alle aspettative e alle esigenze della popolazione e dei singoli cittadini
- Fare fronte ad interessi paralleli quale il rispetto di bilancio

Che sono rispettivamente obiettivi tecnico, sociale, politico ed economico.

Noi possiamo individuare, tra gli altri, tre indici di performance del sistema sanitario che sono di efficacia, di efficienza e di equità.

Efficacia ed efficienza non necessitano di definizioni, seppure sono particolarmente variabili nel valore e nel risultato secondo chi considera l'attività e i relativi output- outcomes, ma vogliamo dare un valore definito al termine equità che può essere individuato come il grado di accessibilità alle prestazioni da parte dei cittadini.

Il sistema Beveridge, su cui si basa il sistema sanitario italiano, ha, oltre i numerosi vantaggi (universalità, basso costo etc) qualche limite, tra cui la tendenza a sovrautilizzare un bene (farmaci, prestazioni sanitarie etc) di cui non sempre si comprende compiutamente il valore, che è comunque differente secondo i diversi attori del sistema.

In questo contesto dobbiamo considerare che un elemento fondamentale del sistema stesso è la gestione della attività sanitaria pubblica che non prevede, di norma, l'accesso diretto alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino al SSN ( o al SSR) ma solo tramite un filtro che è quello del personale sanitario e medico in particolare. L'accesso a prestazioni in forma diretta è possibile ma, salvo alcune eccezioni, con il pagamento delle prestazioni eseguite.

Per i farmaci, anche per quelli a pagamento totale da parte del cittadino, salvo che per un particolare gruppo degli stessi, l'accesso è sempre mediato dalla prescrizione medica.

La partecipazione del cittadino alle scelte e alle decisioni circa la propria salute sono sostanzialmente limitate. Esiste un filtro che consente l'accesso al servizio salvo la propria

autonoma decisione di far ricorso, direttamente e privatamente, a prestazioni sanitarie per la considerazione che ognuno ha per le proprie esigenze di salute. In pratica non è il cittadino a scegliere di eseguire prestazioni ma si pone solo come colui che fa una richiesta di attenzione o manifesta un bisogno di assistenza.

Anche il farmacista, nel nostro sistema, anche se appare paradossale, non dispensa farmaci ma ne limita e controlla il consumo.

## **Medico, paziente, bisogni sanitari e salute**

Al contrario di altre scelte, e in particolare di proprie volontarie acquisizioni di beni o di servizi, di soggettive valutazioni personali, in campo sanitario ogni nostro pensiero, desiderio o considerazione viene vagliato e interpretato da un terzo attore, che ha una specifica e idonea preparazione in materia di cura della malattia più che di sviluppo della salute: il medico e in generale l'operatore sanitario. *“Il medico vede ciò che sa”* come abbiamo già espresso in precedenza, è uno degli aforismi più significativi e qualificanti della nostra esistenza in generale, ma più in particolare è fondamentale la conoscenza in medicina, poiché una diagnosi non viene “inventata” ma “individuata”. E la “diagnostica differenziale” è fondamentale in questo settore dove molti segni sono qualificanti per numerose e differenti malattie. L'ambiguità dei sintomi spesso crea differenti opzioni e non tutte corrispondono alla scelta adeguata.

Il ruolo “interpretativo” del medico è presentato nella figura 2 (teoria della soddisfazione dei bisogni sanitari).

Tab 2: teoria della soddisfazione dei bisogni sanitari

		BISOGNO PRESENTE			RISULTATI
		UTENTE	CAMPO SANITARIO	MEDICO	
PERCEPITO	Domanda Espressa	Offerta Presente	Domanda Riconosciuta		Bisogno soddisfatto
	Domanda Espressa	Offerta Presente	Domanda NON Riconosciuta	Offerta presunta Offerta artefatta Offerta inventata	Bisogno NON soddisfatto Creazione di falsi bisogni Malattie iatrogene
	Domanda Espressa	Offerta Assente	Domanda Riconosciuta		Bisogno NON soddisfatto
	Domanda Espressa	Offerta Assente	Domanda NON Riconosciuta	Offerta presunta Offerta artefatta Offerta inventata	Bisogno NON soddisfatto Creazione di falsi bisogni Malattie iatrogene
NON PERCEPITO	Domanda Inespressa	Offerta Presente/ assente			Offerta inutilizzata

Ma oltre questo elemento “critico” una condizione limitativa è la presenza dell’offerta sul mercato di soluzioni ai problemi, cioè della domanda espressa, seppure non coincidente con i reali bisogni, che complica ulteriormente il quadro nella soluzione dei bisogni effettivi della persona.

In questo contesto diventa difficile attribuire al paziente la responsabilità di selezione e scelta consapevole delle prestazioni da eseguire. Quante e quali delle prestazioni eseguite sono effettivamente indispensabili e necessarie per una corretta valutazione delle condizioni cliniche e di salute della persona? E perché questo cittadino è tenuto ad eseguire prestazioni non indispensabili e a pagarne, direttamente od indirettamente, il relativo costo?



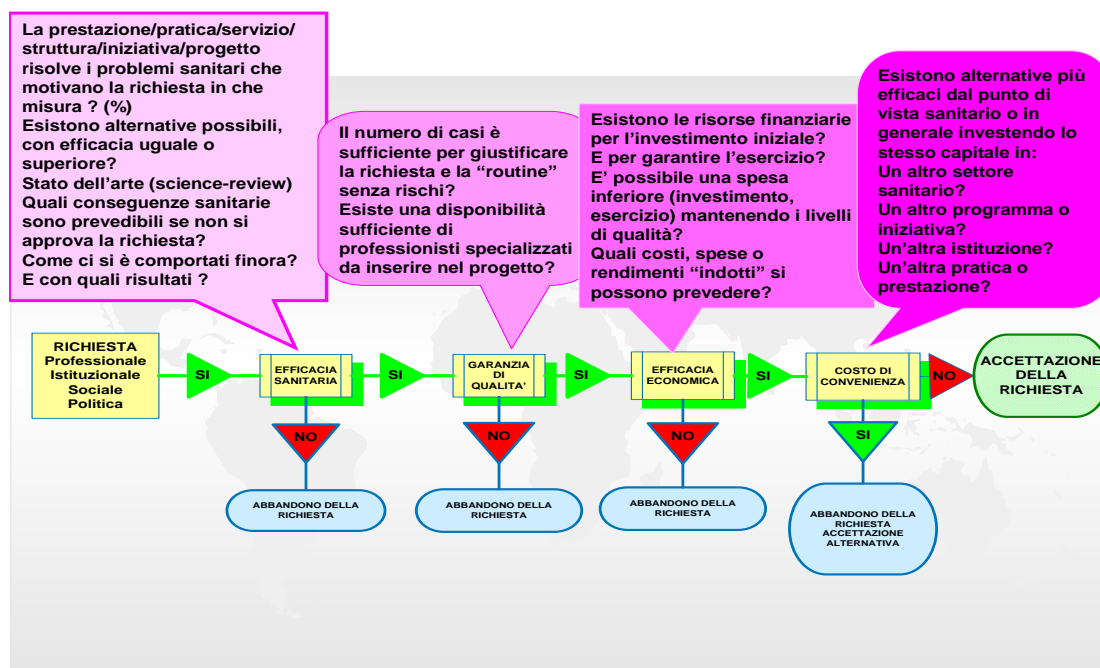
La valutazione di merito è chiaramente successiva. La appropriatezza prescrittiva è una delle questioni più critiche che oggi noi abbiamo nel nostro contesto di valutazioni cliniche, e lo è ancor di più se il carico e il pagamento viene attribuito ad un terzo che non ha altro difetto che essere sofferente di una condizione mal compresa e mal definita o ancora da individuare.

Appare evidente il ruolo limitato del cittadino- cliente- utente- azionista nella selezione delle prestazioni oltre alla sua non sempre adeguata cultura per discernere quanto possa essere utile per la propria salute. Egli comprende anche molto relativamente quale sia il processo assistenziale al quale viene sottoposto.

Riteniamo che sia utile rivedere le modalità di scelta dei nostri interventi e che gli stessi debbano rispondere al modello che segue.

Modello che ha l'obiettivo di coniugare la selezione delle azioni nella programmazione e nello sviluppo degli interventi per favorire un migliore risultato nell'utilizzo delle risorse disponibili in campo sanitario (fig. 1) dove devono essere garantiti efficacia sanitaria, garanzia di qualità, efficacia economica e costo di convenienza.

Figura 1



La scelta razionale può favorire il risultato sanitario e consentire di sviluppare adeguatamente azioni in settori oggi trascurati.

Nella valutazione del nostro processo di organizzazione delle attività sanitarie, senza essere esaustivi, vogliamo individuare alcune criticità a cui va incontro il cittadino/ assistito/ cliente/ azionista del sistema.

Possiamo individuare alcuni elementi, non esaustivi dei problemi esistenti, che, senza essere approfonditi, possono descrivere, di massima, il quadro attuale del sistema.

- Alto costo per prestazione con risorse economiche limitate
- Incremento costante delle richieste di intervento
- Strutture di ricovero non del tutto idonee (50% degli ospedali hanno meno di 120 letti)
- Vetustà del patrimonio edilizio e tecnologie disponibili obsolete
- Ricoveri non appropriati- degenze prolungate
- Pronto soccorso con eccesso di utenza e tempi di risposta inadeguati
- Livelli di sicurezza non sempre adeguati
- Tempi di attesa elevati per le prestazioni sanitarie
- Scarsità di personale in termini quali quantitativi
- Sede di ricovero non appropriata (e. g. oltre il 50% dei pazienti con ictus in reparti non idonei)
- Copertura completa in ricovero tipica su 5/ 6 giorni per 8- 12 ore/ die
- I bisogni dell'utenza sono variati e le risposte non sempre sono personalizzate o non lo sono sufficientemente

- Elevato livello di burocratizzazione con processi particolarmente complessi per esigenze amministrative
- Modello organizzativo e normativo ante riforma 833/ 78 con base organizzativa e gestionale derivata dai modelli mutualistici ante riforma

Vogliamo aggiungere che la legge 833/78 ha anche creato, forse per un eccesso di delega o di inappropriata descrittiva, alcuni problemi gestionali e organizzativi alle Ussl che sono state istituite a seguito della legge di riforma. In particolare l'art. 14 che definisce le Unità sanitarie locali e conferisce loro tutte le funzioni assistenziali derivate dalla fusione dei servizi sanitari presenti precedentemente.

Articolo certamente corretto e ben articolato, ma il problema si è posto nella espressione operativa delle unità sanitarie che non sempre erano dotate degli strumenti necessari per poter adempiere alle indicazioni di legge, per carenza, spesso, dei minimi strumenti operativi necessari, dall'organico alle strutture ospedaliere adeguate (non presenti o di dimensioni inadeguate), con la conseguente creazione di processi assistenziali o risposte ai bisogni in modo inappropriato. E questa situazione si è mantenuta nel corso del tempo.

Per ovviare alle criticità che si sono manifestate, anziché provvedere a garantire le minime strutture necessarie al corretto funzionamento di una struttura eminentemente tecnica, le diverse successive norme hanno provveduto a modificare il modello di governo aziendale.

Riteniamo che qualsiasi modello di governo aziendale possa essere più o meno appropriato se ci siano le condizioni utili per poter operare. Ma se queste mancano, qualsiasi modello gestionale non potrà dare le risposte utili, necessarie ed adeguate per garantire una corretta soluzione ai problemi che, in questo caso, i cittadini manifestano, per effettivo bisogno o come domanda comunque espressa.

Volendo recuperare un modello che sia orientato a dare risposte corrette, dobbiamo immaginare che l'Azienda Sanitaria debba essere in grado di governare una organizzazione adeguata e sufficiente per offrire quanto necessario alla soluzione dei bisogni dei cittadini. Considerazione tautologica, ma crediamo che sottolineare questo elemento possa riproporre una valutazione su un nodo organizzativo da sciogliere che raramente è diventato elemento di approfondimento.

Per costruire una automobile, l'azienda deve avere un sistema di produzione che glielo consenta, con produzione diretta od assemblaggio, ma deve poter governare i prodotti in ingresso ed in uscita, compresi i flussi economici e finanziari.

Questa condizione, frequentemente, si è rilevata non realizzabile nel settore sanitario nell'ambito del sistema generale e con significative conseguenze sulla gestione dei percorsi e dei processi assistenziali diretti ai cittadini. Così come per l'offerta e la completezza dei servizi e per l'accessibilità, si sono create non indifferenti difficoltà, anche per la carenza di percorsi facilitati per chi ne ha l'esigenza.

Per fare una automobile ci vuole una catena di montaggio, per fare un servizio sanitario o gestire processi sanitari ci vogliono le risorse organizzative e strutturali minime indispensabili per dare risposta ai bisogni manifestati.

Come accennavamo precedentemente, l'attenzione del legislatore, in questi anni è stata orientata principalmente al riordino della gestione aziendale, delegando poi al sistema organizzazione e risultati. Naturale modello organizzativo in presenza della gamma completa degli strumenti necessari per svolgere l'attività prevista.

Se domani tornassimo ad un sistema ante riforma, salvo lo scorporo e la riagggregazione dei diversi servizi, non avremmo particolari difficoltà organizzative poiché le diverse attività hanno conservato, con pochi cambiamenti, le stesse modalità funzionali, e qualche volta anche organizzative, che esistevano prima della riforma. Poco è stato fatto per favorire la semplificazione amministrativa e la semplificazione del sistema in generale.

Per qualsiasi richiesta al servizio sanitario è indispensabile porre domande ed attendere risposte, chiedere e attendere autorizzazioni. Una persona ammalata che non abbia qualcuno che la assista ed aiuti, anche amministrativamente, è decisamente sfortunata. Se poi non conosce il processo amministrativo che sottende al riconoscimento di un diritto, la persona non avrà la possibilità di accedere al servizio o ottenere quanto necessita.

Questo sistema non ha una coerenza rispetto ai bisogni dei pazienti e, seppure il servizio dovrebbe essere coordinato, le attività e gli uffici delle Aziende Sanitarie sono spesso indipendenti tra di loro e la diversa responsabilità aziendale appare un altro elemento limitativo e di barriera per la soddisfazione di quanto necessario, persino nell'ambito della medesima azienda. Tutte le strutture che tentano di riaggregare i servizi hanno, nei fatti, significativi limiti di gestione nei confronti del paziente. Poi, perché deve chiedere se ne ha diritto e bisogno? Il cittadino assistito- cliente- contribuente- azionista del sistema, a volte, è costretto a portare la provetta con il proprio sangue da un laboratorio all'altro e se non sbarra una casellina su un modulo alcuni benefici, amministrativi o assistenziali, non gli vengono riconosciuti. E questi sono esempi grossolani, ma reali, delle limitazioni e difficoltà che hanno i cittadini per usufruire o accedere alle prestazioni.

I nodi del sistema rallentano e limitano l'accesso ai servizi anziché promuovere e facilitare la soluzione del bisogno. Non vengono accolte le richieste e le istanze ad ogni singolo punto di contatto ma rinviate ad altro luogo (nodo) e il cittadino è costretto a costruire da sé la soluzione di cui necessita. E non sempre riesce ad ottenere quanto necessario, anche per effettiva non conoscenza delle norme o procedure necessarie. In un sistema come il nostro, molto articolato, le soluzioni non sempre appaiono immediate. L'informatizzazione del sistema, sempre più diffusa, ha modificato di poco l'impianto generale. La mentalità assistenziale è variata di poco e l'offerta dei servizi si è estesa senza una utile valutazione dell'impatto sulla salute dei cittadini. L'erogazione delle prestazioni è stata la base del meccanismo di offerta del servizio, senza una chiara azione di approfondimento dell'utilità o meno, con l'obiettivo principale di rispondere alla *domanda* e non al bisogno.

---

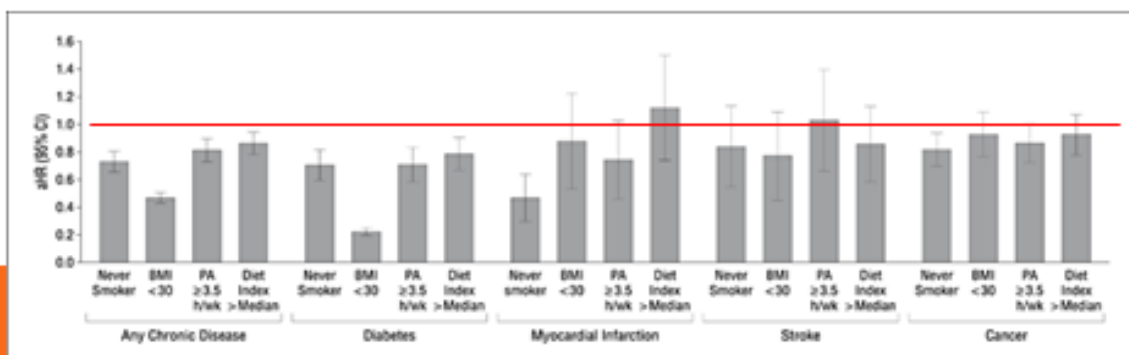
Il ruolo del medico è essenziale in questa organizzazione e la formazione che riceve è fondamentale (*il medico vede ciò che sa...*), anche nel settore sociale e amministrativo. I cambiamenti, anche in questo settore, sono stati modesti.

Lo sviluppo tecnologico, la diagnosi più raffinata, il ricorso allo specialista, la cura della malattia, sono stati al centro dello sviluppo culturale del sistema, con una chiara impronta positivista, ma molto meno è stato sviluppato per la valutazione della condizione di benessere e di salute per il paziente, che è l'oggetto del nostro lavoro e su cui va valutato il nostro risultato.

Senza voler dare un valore assoluto, segnaliamo la tabella 2 che segue che è parte di un lavoro effettuato in Germania (**Ford ES et al., Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study Arch Intern Med. 2009 Aug 10;169 (15): 1355-62**) per una valutazione dell'impatto di comportamenti corretti sullo sviluppo, nella comunità, delle patologie croniche degenerative, che approfondiremo in seguito.

Tabella 2

**Rischi relativi corretti (e relativi IC95%) per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) per fattore protettivo**

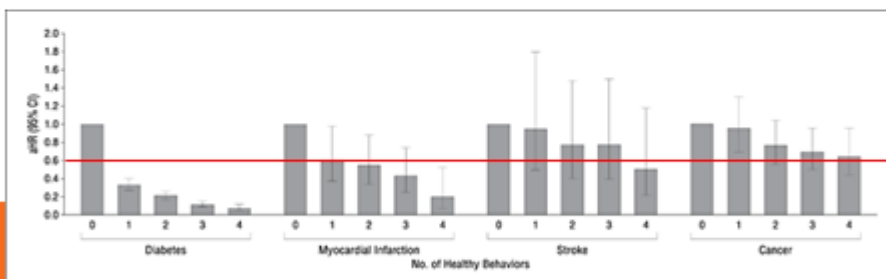


Come possiamo constatare, alcuni fattori di rischio sono elemento determinante per lo sviluppo della patologia. La riduzione di alcuni fattori di rischio (qui denominati fattori protettivi) determina un importante risultato di salute per la popolazione assistita, così come possiamo constatare dalla tabella 3, successiva, dove l'assenza di più fattori di rischio, riduce drasticamente, in alcuni casi, lo sviluppo della patologia.

Tabella 3

**Living Is the Best Revenge**

**Rischi relativi corretti (e relativi IC 95%) per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) in base al numero di fattori protettivi**



Ad esempio, per il diabete (i fattori protettivi sono un BMI inferiore a 30, una attività fisica regolare, non fumare e assumere una alimentazione corretta con presenza di frutta e verdura nel giusto equilibrio), pensare di poter ridurre dell'80-90% la malattia con questi semplici

interventi diventa l'elemento di valore aggiunto nel nostro schema della figura 3. Basso costo e risultato molto elevato. Costi assistenziali nulli, enormi risparmi in ricoveri, farmaci, assistenza e nessuna complicità della patologia diabetica.

E benessere della persona.

Da quanto presentato in precedenza vogliamo proporre una revisione significativa del sistema, nei contenuti organizzativi e nel contenitore aziendale gestionale che ha dimostrato limiti significativi nella attuale costituzione organizzativa e funzionale.



## **(Nuovi) obiettivi del sistema**

Senza proporre una descrizione articolata, vogliamo porre un elenco, non esaustivo, di elementi che riteniamo debbano definire risultati ed organizzazione come nostro obiettivo generale

- Alto livello di appropriatezza e di sicurezza
- Riduzione della frequenza delle patologie e della loro gravità
- Riduzione degli sprechi
- Riduzione delle degenze medie
- Qualità e tempestività della risposta
- Semplificazione clinica, organizzativa ed amministrativa
- Significativa riduzione del numero delle strutture e dei posti letto
- Costo moderato per prestazione
- Attività di servizio 7gg/ 7/ H24
- Elevato utilizzo degli impianti tecnologici
- Remunerazione mista, per risultato, per prestazione, per quota capitaria e per servizio
- Risposte personalizzate
- Partecipazione e coinvolgimento attivo del cittadino
- Organizzazione di un servizio sanitario e socio sanitario integrato
- Migliore qualità di vita per il singolo e per la comunità
- Compatibilità economica con le risorse disponibili

Un elenco di obiettivi complesso, ripetiamo, non esaustivo, di azioni di politica sanitaria qualificanti ed adeguate al nostro sistema sociale.

Crediamo che, in un sistema sanitario come il nostro, utilizzando gli strumenti di elevata tecnologia, informatici e telematici, molti dei processi amministrativi possano essere superati senza creare alcun danno ma anzi facilitando il cittadino ed eliminando burocrazia oggi del tutto

inutile e priva di un reale valore di servizio. Inoltre questi stessi sistemi possono garantire una facilità nell'accesso e nella soluzione delle esigenze dei cittadini stessi.

L'eliminazione di code e processi di servizio non indispensabili, la riduzione della filiera tra le necessità e la soddisfazione dei bisogni del cittadino, la garanzia di risposte alle esigenze senza costringere l'utente a muoversi (anche gli sportelli ne avrebbero beneficio) ridurrebbero inutili costi per il sistema. Azioni e modalità indispensabili negli anni 70 sono oggi certamente non fondamentali e facilmente superabili. La prima opportunità la abbiamo con la porta di accesso al servizio sanitario da parte del cittadino, con l'eliminazione della scelta del medico presso la Asl.

La procedura può essere svolta con tranquillità presso le sedi comunali, facilmente accessibili, e viene effettuata al momento del cambio di residenza o di prima iscrizione, senza perdere tempo in inutili percorsi urbani o extraurbani per effettuare una prestazione ormai ben strutturata e con un processo amministrativo consolidato. La scelta del medico o la modifica di tale scelta è evento non frequente in assenza di una modifica sostanziale del proprio domicilio. Per problematiche relazionali tra assistito e medico esiste sempre la possibilità di ricorso alla Azienda Sanitaria. Il Comune di residenza può diventare punto di contatto privilegiato per garantire numerosi servizi nella relazione cittadino/ servizio sanitario, eliminando le inutili barriere fisiche (e spesso di orario) che si creano per accedere ai servizi. I costi del personale sono, naturalmente a carico del SSN, ma vengono nettamente ridotti per effetto della semplificazione della procedura e dell'immediatezza della esecuzione. Per l'utenza la semplificazione e l'accessibilità migliorano nettamente, con risparmio di ore di lavoro e inquinamento ambientale per i viaggi che vengono nettamente ridotti. Altre attività amministrative possono essere delegate- trasferite all'Ente Locale con vantaggio per l'intero sistema sociale e risparmio in generale.

Altro strumento fondamentale, per eliminare code ed attese, oltre ad incertezze interpretative, è la predisposizione di strumenti unitari e ben organizzati, per la gestione di tutte le richieste,

amministrative, tecniche e sanitarie, che possano essere utili per il cittadino. E riteniamo che possano esserlo anche per altri settori della Pubblica Amministrazione.

Un intervento in tal senso, come mero esempio, è stato effettuato in provincia di Bergamo per il processo di preparazione dei protocolli e percorsi per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, finalizzato alla semplificazione, accessibilità, qualità nel processo, per l'esecuzione degli esami o le prestazioni cliniche (laboratorio- diagnostica per immagini- gastroenterologia- interventi chirurgici). Le 23 strutture sanitarie della Provincia di Bergamo hanno raccolto i 699 moduli utilizzati localmente, disponibili solo in italiano, distribuiti dai diversi ospedali, consegnati direttamente al cittadino che era tenuto ad accedere in ospedale per il ritiro dei fogli di preparazione per l'esecuzione dell'esame stesso. Gli specialisti dei diversi settori hanno concluso il lavoro con la predisposizione di 53 moduli unitari condivisi, scientificamente valutati e verificati con la letteratura internazionale, con una particolare attenzione anche alle problematiche medico legali. I moduli sono stati resi disponibili sul sito internet della Asl, divenendo quindi accessibili a tutti, e sono stati trasmessi ai medici di famiglia e alle farmacie. I moduli sono stati tradotti in 8 lingue, e forniscono indicazioni precise, accurate e ripetibili, omogenee tra i diversi servizi della Provincia. Gli assistiti non hanno più bisogno di recarsi in ospedale a ritirare la specifica modulistica. Diecine di migliaia di accessi in meno in ospedale ogni anno, diecine di migliaia di viaggi in meno e relativi parcheggi, oltre le ore di lavoro guadagnate, migliaia di contatti, non indispensabili, in meno tra medici, operatori sanitari e cittadini, molti meno problemi con gli stranieri (le traduzioni sono state effettuate tenendo conto del modello linguistico interpretativo e non della mera rispondenza lessicale), certezza delle linee di indirizzo poiché sono state rivisitate in modo organico e tenendo conto delle valutazioni presenti nella letteratura internazionale sull'argomento. L'aggiornamento della documentazione è regolare e garantita. Tutti i moduli sono stati predisposti dagli uffici qualità secondo le linee ISO. Inoltre possiamo aggiungere che così può essere valutata la ripetibilità della prestazione, e quindi la relativa valutazione di specificità e la confrontabilità tra le

strutture. Gli errori si riducono sino a tendere a zero e il personale sanitario può svolgere la propria specifica attività senza dover intervenire se non in casi eccezionali.

Ma il cittadino, oggi, deve rivolgersi, in caso di bisogno, per autorizzazioni varie presso le strutture amministrative e sanitarie. Molte azioni necessitano di una autorizzazione, anche in caso di continuità della cura. Ma non è possibile immaginare un meccanismo differente nella gestione del servizio per il cittadino?

E sottolineiamo per poiché il servizio, la prestazione, l'attività, è a suo favore.

Costi di gestione non indifferenti e meccanismi di servizio poco soddisfacenti per una attività di controllo che non sempre risponde alle specifiche esigenze per cui è stato costituito. Non vogliamo descrivere situazioni critiche che possono avvenire (e che sono avvenute) che contraddicono il sistema stesso per gli obiettivi che si pone e non vogliamo entrare nei meccanismi di gestione degli interventi, ma qualche volta il sistema di controllo è particolarmente costoso a fronte dei risultati ottenuti, oltre ad essere poco funzionale rispetto al servizio atteso dai cittadini. Un processo di qualità può essere migliorato costantemente, anche senza sistemi di controllo formali.

Dobbiamo poi tenere conto che molti "diritti" di cui sono titolari o a cui possono accedere, vengono a conoscenza dei cittadini in forma del tutto casuale e che gli stessi non sempre sanno ben districarsi tra le diverse strutture e servizi, qualche volta non ben definiti, con percorsi ad ostacoli per ottenere un beneficio di cui hanno assoluta esigenza. Non stiamo prospettando l'abuso, che riesce a compenetrare il sistema per le evidenti carenze e contraddizioni dell'impianto generale di controllo, ma stiamo trattando lo sviluppo del processo assistenziale in senso positivo per il singolo e per la comunità che dobbiamo assistere.

Dobbiamo chiederci di nuovo se tutto quanto oggi viene svolto amministrativamente e per controllo sia indispensabile per garantire il servizio o rappresenti un mero aggravio economico e

funzionale per il cittadino e per il sistema. E chiederci se i sistemi di controllo, così come vengono governati attualmente, siano effettivamente tutti efficaci.

Vogliamo ricordare che il servizio sanitario erogato è in continuum con le mutue, in particolare con l'offerta del servizio assistenziale che erogava l'Inam, che è diventato il riferimento a cui si è adeguato il nuovo SSN, oltre ai servizi svolti dagli altri Enti disciolti. La modifica istituzionale della rete dei servizi sanitari territoriali in un unico Ente Pubblico non ha variato i modelli comportamentali dei differenti attori e non ha ridotto le barriere e le limitazioni (forse le ha accresciute proprio per la natura pubblicistica del sistema) e i ruoli si sono, se possibile, rigidamente consolidati in posizioni gestionali e modelli operativi separati tra i diversi settori assistenziali, anche per un inadeguato adattamento ai servizi che devono essere garantiti.

Allora riproponiamo il quesito se stiamo lavorando per i cittadini, se stiamo cercando di risolvere i loro problemi.

Da quanto sopra appare che vi siano delle contraddizioni nel sistema tra le attese del cittadino ed il modello di servizio. Il sistema dei valori prevalenti dei vari attori del sistema non sempre appare coerente con gli obiettivi ed è, a volte, poco orientato a fornire il risultato che il cittadino/ cliente/ assistito/ azionista del sistema si attende, qualche volta tende a giustificare se stesso.

## Le aree di riferimento

Crediamo che si possano definire alcune macro aree di riferimento del sistema.

In particolare oggi abbiamo tre macrosistemi che vorremmo lasciare indistinti e su cui poi faremo le nostre valutazioni:

- la assistenza medica territoriale,
- la assistenza socio sanitaria
- la assistenza in costanza di ricovero.



Altre macro strutture che seguono, parzialmente, i processi assistenziali e di salute, sono il distretto socio sanitario e le aziende sanitarie. Ma questi ultimi due hanno ruolo sulla comunità in generale e sui modelli di sorveglianza e di governo del sistema più che sulle specifiche azioni cliniche ed assistenziali nei confronti del singolo.

Oggi abbiamo un sistema che produce prestazioni in attesa di risultati.

Non abbiamo un modello di servizio che persegue il risultato componendo tutti i fattori utili, presenti e possibili per ottenerlo, ma un modello che tende a riparare o prevenire l'aggravarsi di

un danno che è già presente. E' del tutto corrispondente al modello mutualistico che garantiva l'assistenza odontoiatrica per la cura delle carie e non prevedeva una azione specifica di prevenzione della patologia. Coincide con il modello assicurativo in cui, al sopravvenire di un danno, vi è il riconoscimento di un premio.

La prevenzione, inserita nell'attuale sistema, opera in parallelo e qualche volta è vista come intervento alternativo o in competizione alla attività assistenziale e clinica e viene svolta separatamente. Non viene inserita nel processo assistenziale come elemento integrato in qualsiasi procedura. In effetti non viene riconosciuta come parte del processo di risposta ai bisogni assistenziali.

Questo meccanismo certamente non favorisce un risultato ottimale per la salute delle persone.

Se noi invertissimo il meccanismo del processo assistenziale (in senso lato del termine e non soltanto clinico) con una attesa di risultato dal nostro agire, e cioè un obiettivo di qualificazione dell'intervento nei confronti del cittadino che gli riduca al minimo rischi e fattori che possano compromettere la sua salute, potremmo ottenere un miglioramento della salute generale e del singolo in particolare costruendo una cultura della salute e del benessere a fronte della cultura della cura o del sollievo della sofferenza.

Da una medicina di attesa, tipica dell'ospedale, dovremmo attivare un meccanismo di Protezione, Prevenzione e Promozione della Salute (le 3 P della Salute), coniugata con una particolare attenzione alle manifestazioni precoci di problematiche cliniche.

Riuscire a costruire un modello che porti da un intervento occasionale, anche se ripetuto, ad un governo del processo attento alla salute del singolo non può che migliorare la condizione psico fisica e sociale della Persona e la sua soddisfazione nei confronti del servizio.

## Cure primarie (?)

Il punto interrogativo non nega l'esigenza dei servizi di cure primarie, la domanda che ci poniamo è se abbiamo ancora l'esigenza delle cure primarie come base di attività sanitaria di riferimento, con prestazioni assistenziali non complesse e di modesta portata clinica, o se abbiamo la necessità di ottenere un servizio più articolato, con una risposta complessiva e più organica per dare soddisfazione al nostro bisogno di Salute. Vogliamo anche valutare come si sia modificato il nostro bisogno e come deve essere erogata una risposta che sia adeguata ai bisogni e al modello di domanda attuale, senza cadere nel mero consumismo sanitario.

In questi anni il livello culturale medio del cittadino si è molto elevato, un numero crescente di interventi avviene per autocura, internet ha soppiantato le enciclopedie mediche e consente di ottenere informazioni sempre più corrette e specifiche in modo immediato, la critica nei confronti della medicina è sempre maggiore, nel contempo le medicine alternative o complementari hanno sempre più rilevante attenzione e proseliti, l'atteggiamento del cittadino nei confronti dei risultati della cura che gli viene fornita è particolarmente critico ed attento.

Potremmo affermare che il Cittadino è sempre più esigente sia per il risultato atteso che per la modalità con cui viene garantito il servizio. Queste nuove caratteristiche del cliente- assistito- paziente- azionista del sistema hanno modificato in misura notevole l'approccio alle esigenze di salute. Non una cultura della Salute, ma una cultura della richiesta, della domanda, del risultato, confliggente, qualche volta, con l'effettivo bisogno che non sempre corrisponde a quanto atteso e con le reali possibilità di risposta terapeutica. Nell'impianto del sistema che stiamo proponendo un ruolo essenziale è svolto dalle attività territoriali, come filtro della domanda e come mantenimento dello stato di benessere o di selezione degli interventi per la assistenza di pazienti acuti o cronici.



L'ospedale accoglie coloro che hanno particolari esigenze cliniche, acute o croniche, ma di elevato livello assistenziale, non altrimenti risolvibili a domicilio. Pazienti comunque filtrati da un servizio territoriale o dalle attività di pronto intervento.

Nel territorio, potremmo dire, spontaneamente o indotte, si determinano le condizioni di rischio, di sofferenza e poi le patologie conclamate che inducono i cittadini ad utilizzare intensamente il servizio sanitario.

Se vogliamo valutare il servizio, siamo di fronte ad una organizzazione che tende a cronicizzare malattie (non detto in senso negativo) e persone che altrimenti avrebbero viste ridotte significativamente le loro prospettive di vita. Queste persone hanno una prospettiva assistenziale significativa in termini quali-quantitativa e un decadimento fisico nel corso del tempo che comporta, dopo molti anni di malattia, frequentemente, uno stato di non autosufficienza prolungato. Le modalità con cui stiamo affrontando questa condizione socio-economico epidemiologica non lasciano immaginare una soluzione adeguata e compatibile con le prospettive finanziarie future. Oltre alle patologie acute, dobbiamo tenere conto di questa percentuale di cittadini che è, certamente, quella che ha maggiori esigenze assistenziali.

Una valutazione delle maggiori criticità emerse nel corso di questi 30 anni di Riforma Sanitaria, ci porta a considerare che due elementi appaiono sostanzialmente incompiuti, e sono il coordinamento tra settori sanitari (in particolare tra assistenza territoriale ed ospedaliera, che spesso non si confrontano e qualche volta si contrappongono, con modalità e meccanismi di risposta ai bisogni del tutto differenti) e lo sviluppo di "una moderna coscienza sanitaria" dei cittadini, i quali, in questi anni, hanno sviluppato maggiormente uno spirito critico nei confronti del sistema sanitario piuttosto che costruttivo per la propria salute.

Il "cittadino informato" lo è, oggi, sui propri diritti (di accesso, di tempestività, di garanzia, etc) e non sulla verifica e soddisfazione dei propri bisogni di assistenza o di salute.

Per il primo punto, dobbiamo constatare che l'attività medica territoriale non sempre ha ottenuto l'attenzione e la considerazione necessaria da parte delle Aziende Sanitarie e del sistema sanitario organizzativo in generale, con scarsi approfondimenti sulle potenzialità che potevano emergere e consolidarsi con questo modello di servizio, che ha mantenuto molte delle caratteristiche presenti nel sistema mutualistico, e, nel contempo, non è stata neanche promossa la collaborazione adeguata con le attività ospedaliere, con la reale integrazione dei medici di famiglia quali effettivi gestori di tutte le attività inerenti i propri pazienti/clienti, con azioni attive di intervento sanitario, di servizio per le esigenze assistenziali e non solo di attesa per identificare una patologia emergente nei confronti dei propri assistiti. Si è mantenuto il modello mutualistico e mantenuta separata la gestione tra ospedale e territorio, tra attività intramurarie ed extra murarie, ricette rosa e doveri di prescrizione. La continuità assistenziale, richiamata con una elevata frequenza, non è diventata lo strumento di risposta ai bisogni dei pazienti. La cura, l'attenzione, verso i bisogni assistenziali e clinici, la continuità della assistenza al cittadino, la presa in carico per garantire una risposta completa e non semplici consulti o prestazioni indipendenti e non coordinate alle precedenti valutazioni cliniche, come avviene attualmente, non hanno avuto la necessaria sistematica considerazione e sviluppo.

La rigidità dei ruoli di tutti gli attori del sistema ha condotto a tempi e modi di risposta non sempre confacenti alle reali esigenze della persona e ad errori o ritardi altrimenti evitabili.

In una visione complessiva, orientata a dare risposta ai bisogni dei cittadini (non per forza malati) il sistema deve essere semplificato e di immediata risposta ai bisogni stessi.

I numerosi passaggi burocratici, spesso per ragione di controllo o di valutazione, autorizzativi delle prestazioni, hanno forma e sostanza se possono offrire e garantire una migliore risposta per il cittadino. Certamente va effettuato un controllo nella erogazione dei servizi ma non deve rappresentare l'elemento fondamentale del sistema. Individuati obiettivi di risultato e parametri di erogazione delle prestazioni, il percorso deve essere semplificato per il medico e per i cittadini, ammalati o per i care-giver che li assistono.

*Attendere che la malattia compaia clinicamente per poi guarirla è come forgiare le armi dopo aver dichiarato guerra, scavare il pozzo quando si ha sete.*

*Ecco perché il grande terapeuta estirpa la malattia prima della sua apparizione oggettiva, mentre il piccolo medico si sforza di curare i sintomi che non ha saputo prevedere.*

**Nei Tchin Sow Wen (Testo Unico della Medicina Cinese)**

In questa rilettura del sistema, in questa revisione organizzativa, il Medico di Medicina Generale non deve essere considerato un operatore esterno, un prestatore d'opera professionale, ma un operatore interno del Servizio Sanitario, con una diversa e più significativa partecipazione attiva e responsabilità nello sviluppo coordinato ed integrato delle iniziative sanitarie locali.

Riproponendo una valutazione sui costi del Servizio Sanitario, non dobbiamo trascurare di considerare che nella analisi del rapporto “costo - beneficio” sul consumo di farmaci o di prestazioni sanitarie dobbiamo confrontare anche azioni che possono ridurre il rischio, ritardare o eliminare la manifestazione della patologia. Non dobbiamo quindi considerare analisi di modelli di efficienza relativa ma dobbiamo avere obiettivi di efficacia assoluta.

Il modello corrente risente fortemente dello stile “ospedaliero” della organizzazione sanitaria, sempre prevalente per dirigenza e quantità di risorse economiche ed umane coinvolte. L'ospedale “attende” che il “paziente” giunga presso la struttura per attivare le necessarie procedure e per rispondere alle esigenze manifestate.

Lo stesso modello di attesa, se non con rare eccezioni (le vaccinazioni, gli screening, inseriti da pochi anni nella pratica clinica e comunque strumento di diagnosi), viene riproposto nella pratica corrente della attività sanitaria territoriale.

D'altronde lo studio della medicina ha come riferimento, come scuola, l'università e l'ospedale, che imprimono negli operatori medici e non, in modo significativo, alcuni precetti e quindi mantengono e promuovono comportamenti che ormai sono radicati e ben consolidati nella cultura e nella pratica medica. Questo comportamento, e atteggiamento generale, ha certamente grande influenza sulla qualità del modello espresso.

Altra caratteristica essenziale del modello "ospedaliero" è la tempestività di soluzione del problema e la sua realizzazione, come è necessario operare in una società positivista e fortemente caratterizzata dall'evidenza e dalla oggettività.

Tempus fugit.

La corsa alla soluzione e la visione "positivista", materialistica, della medicina moderna, correlata alla certezza del progresso, hanno messo in secondo piano, in qualche modo, tutto quanto non fosse di immediata evidenza, di rapida risposta o soluzione a problemi esistenti. La medicina moderna come medicina di Pronto Intervento o di Alta Tecnologia è il paradigma della evoluzione medica o strumentale in grado (o che tenta) di risolvere qualsiasi problema venga posto.

Novello Esculapio capace di far rivivere i morti.

E molta della letteratura, della filmografia e della iconografia moderna esalta questa medicina rapida e tempestiva. Il grande medico fa diagnosi difficili e complesse. E velocemente.

Che è certamente una conquista. Così come lo è il potere taumaturgico dei farmaci.

Ma un simile meccanismo non può risolvere tutto.

Oggi abbiamo la grande sfida "epidemica" delle patologie cronicamente degenerative che esitano spesso in condizioni patologiche che vanno, attualmente, oltre qualsiasi opportunità di soluzione definitiva e con i relativi costi che sono sempre meno controllabili.

La Ricerca, in questa visione positivista, condiziona e rafforza le nostre speranze di soluzione dei problemi determinati dalla malattia nel futuro, prossimo o lontano.

Su queste patologie è certamente necessaria una riflessione approfondita, considerato che le patologie cronico degenerative hanno come determinanti cause multiple. Va quindi valutato come ovviare alla evidenza “epidemica” che stiamo affrontando.

Dobbiamo porci una domanda, da quanto detto prima e dalla impostazione che abbiamo dato a questo contributo, un medico che non fa diagnosi, o addirittura le impedisce, è utile?

Dobbiamo, per rispondere a questa domanda, osservare che le malattie infettive hanno avuto un netto regresso, nel secolo appena concluso, in era preantibiotica. Non è stato, infatti, il modello terapeutico a consentire di risolvere il problema bensì un approccio mirato alla identificazione delle cause scatenanti e al loro contenimento preventivo.

Nel contempo dobbiamo considerare che, attualmente, la valutazione delle azioni e del comportamento clinico del medico, di medicina generale o specialista, ospedaliero o meno, non sempre viene considerato per il risultato clinico complessivo della attività stessa (comunque difficile da valutare) ma per i costi che scaturiscono dalle sue attività professionali, spesso per singolo prodotto o settore, ponendo così il servizio sanitario più come ente assicuratore, come ente mutualistico, che non come soggetto erogatore di un servizio che è, sì, composto di prestazioni, ma ha come obiettivo il consolidamento dello stato di benessere del singolo e della comunità. Dobbiamo ricordare che l’Inam (Istituto Nazionale Assicurazione Malattie, il maggiore Ente Mutualistico Italiano) non retribuiva le visite mediche se non vi era anche una contestuale prescrizione diagnostica o terapeutica. E il medico veniva comunque valutato per il costo medio delle sue prescrizioni, con notevoli rigidità sostanziali.

In questo contesto il medico non viene visto come “manager” della Salute dei propri clienti ma come fonte di “consumo”. Non si “investe” per la Salute. Si “spende” per la Malattia.

Gli viene imposto un ruolo di gestore di risorse anziché di promotore di Salute.

In questo senso, l'organizzazione sanitaria, anziché proporre una visione degli obiettivi per macro settori, e quindi operare per indirizzi di area, entra principalmente nella specifica valutazione delle singole componenti e dei comportamenti degli operatori.

Questo atteggiamento è utile per una corretta gestione delle risorse ma lo è solo successivamente ad una azione di governo politico e globale del sistema, con specifici indirizzi ed obiettivi, che non appaiono, oggi, particolarmente evidenti. Va valutata l'efficacia delle scelte e quindi, successivamente, l'efficienza del sistema, e non viceversa. Oggi abbiamo una linea di indirizzo che tende a valutare il costo, non sempre associato al risultato generale.

L'impianto sistemico non sempre viene identificato come modello di riferimento, per una carenza di visione generale dei problemi e delle reali esigenze espresse dai cittadini riguardo la propria salute (non la domanda che viene espressa, ma il bisogno reale). Viene preferito un modello sistematico, ben più analitico, che non identifica i bisogni ma solo la domanda.

In sintesi il sistema viene "letto" sempre più attentamente per i risultati (economici) e meno frequentemente per le effettive esigenze e soluzioni, con le relative modifiche alla struttura operativa, e non sempre con un obiettivo di attenzione ai risultati in termini di Salute (prevale una valutazione di output ad una di outcome).

L'impianto generale è più orientato a offrire prestazioni, singole o complesse, che risposte ai bisogni dei Cittadini, malati o sani, poiché è proprio a tutti i Cittadini che si rivolge il sistema della sanità, e non soltanto ai malati.

Questo cambiamento sostanziale non sempre è stato percepito dalla organizzazione sanitaria che tende principalmente a rendere efficienti i singoli settori e non completamente efficace l'impianto generale del sistema sanitario. E questa impostazione, come già accennato in precedenza, porta ad obiettivi differenti per i singoli sottosistemi.

E non si tratta di un problema di “*vision*” o di “*mission*”, che possono essere tra loro compatibili, ma del “sistema dei valori prevalenti” che non sempre sono ben esplicitati e sviluppati e di obiettivi specifici che devono essere ben evidenziati e coerenti tra di loro.

In questo modello gli obiettivi tra settori medici possono essere in contraddizione o addirittura in contrasto tra di loro, per metodo ed interessi economici. La conservazione storica delle strutture rende ancora più difficile la revisione gestionale dell’intero sistema di assistenza.

Il modello del “Cittadino” come soggetto di riferimento non sempre si pone in modo chiaro, ed i suoi interessi non sempre sono adeguatamente difesi e protetti. La struttura operativa esistente condiziona l’offerta e quindi la soddisfazione del bisogno.

Manca ancora una netta visione “sistemica” (e non solo “sistematica”) sulla Salute, e vi è ancora, nonostante le dichiarazioni d’intenti, una estrema attenzione alla centralità del sistema sanitario quale produttore di prestazioni ed iniziative di cura, per i più svariati interessi.

Il secondo elemento, lo sviluppo di “una moderna coscienza sanitaria”, che si coniuga con il primo in modo assolutamente inequivoco, è lo sviluppo della capacità di ogni cittadino di rispondere positivamente, in piena coscienza ed autonomia, alle situazioni di pericolo o di rischio che deve affrontare quotidianamente e nel corso della propria vita, per sé e per chi gli sta vicino.

Come per la precedente condizione, anche qui, vi è l’esigenza di sviluppare un modello che trasformi il rapporto tra il Cittadino e il Sistema, e i suoi problemi di salute, da oggetto a soggetto nella individuazione delle scelte preferibili per la propria vita e per la soddisfazione dei bisogni appropriati di Salute. Non certamente come soggetto di un modello acritico di richieste infinite, ma come abile selezionatore delle effettive esigenze, mediche o meno, che ritiene di avere.

A questo modello possono fare da riferimento principalmente la medicina generale e i servizi di prevenzione e di assistenza specialistica disponibili nella organizzazione di una azione coordinata

di risposta alla domanda manifestata. Devono essere orientati, tutti, comunque, verso obiettivi di salute con una esplicita azione educativa e di promozione del rafforzamento delle capacità di difesa del cittadino stesso. Oltre a questi devono essere coinvolti tutti i servizi che abbiano, direttamente o indirettamente, finalità sociali o formative.

Questo passaggio, da soggetto estraneo al servizio, da utente che chiede, a elemento solidale del sistema, più che cliente a operatore attivo dello stesso, a gestore indiretto delle risorse disponibili, a consumatore equilibrato, sarà il cambiamento che potrà effettivamente rendere operativo un modello meno costoso, più efficiente e certamente più orientato a dare soddisfazione agli effettivi bisogni di Salute di ogni cittadino, di ognuno di noi. Sarà l'effettiva novità di una sanità moderna che ancora non ha avuto un significativo ed efficace sviluppo nella nostra comunità, che cerca di promuovere un modello in cui la Salute sia il riferimento del nostro sistema dei valori prevalenti.

Nella nostra Costituzione la Salute è un Bene della Comunità, ma quanto il singolo intende coltivarla e rafforzarla per offrire il proprio contributo alla Comunità?

Non si può obbligare alla Cura.

E alla Salute?

E quindi, come giungere a questo risultato, dove le tre parti del sistema, Istituzioni (Stato e Regioni), Operatori e Cittadini, possano confrontarsi con pari dignità per offrire una qualità di servizio e di risultato ad un costo assolutamente accettabile e con risultati di alto livello?

Certamente permettendo al cittadino di "crescere" nella sua indipendenza e nel suo modello di Vita e di Salute, identificando modelli concreti di supporto al cambiamento culturale verso un rafforzamento della propria capacità di difesa e di azione positiva e cosciente verso comportamenti che garantiscano una reale autonomia di scelta per assicurare il proprio benessere.



La selezione tra “l'interventismo” medico e il “comportamentismo consapevole” individuale e sociale, oggi si pone con estrema difficoltà anche per l'atteggiamento del medico “reale” che ha poca abitudine nel vedere un modello meno interventista e più “naturalista”, di ascoltare più che proporre, come invece oggi richiedono i pazienti, ad essere consigliere per lo sviluppo di comportamenti corretti ed adeguati ai bisogni di ogni singolo Cittadino.

E questo meccanismo di sviluppo culturale e sociale rientra nella organizzazione della rete territoriale che stiamo ponendo alla base del sistema clinico, organizzativo e di salute del nostro modello assistenziale.

Qui poniamo di nuovo il quesito su “*cure primarie (?)*”

In un sistema che deve evolvere significativamente, non solo per questioni finanziarie ma, e in particolare, per raggiungere l'obiettivo del miglior risultato di salute per tutti, le scelte che dobbiamo intraprendere devono proporsi con un meccanismo che dia risposte certe ai problemi manifestati, che riporti la salute al centro del percorso medico e identifichi la malattia come elemento di errore in un sistema di qualità con riferimento al benessere del singolo e della comunità, dove molti dei processi determinanti possono essere modificati per evitare o eliminare l'errore prevenibile.

Nei fatti, per il futuro della assistenza, siamo di fronte ad un bivio, assistere in modo inadeguato i cittadini, affetti da patologie acute o croniche, o ridurre il numero dei cittadini malati e la gravità delle malattie da cui sono affetti, in particolare di coloro che si cronicizzano.

La scarsità di risorse può essere risolta con un ulteriore prelievo economico, diretto od indiretto, e la modalità quantitativa di assistenza al singolo verrebbe a variare conseguentemente ma è utile chiedersi se potranno essere garantiti comunque livelli adeguati di assistenza a lungo termine, con eventuali ulteriori limitazioni, funzionali alla disponibilità di risorse investite.

Ma non vogliamo percorrere questo modello, che non modifica minimamente l'organizzazione ma potrebbe addirittura portare ad una deriva peggiorativa poiché creerebbe, di fatto, due sanità parallele e comunque non porrebbe rimedio alla situazione di dispersione di risorse che esiste attualmente.

Potremmo affermare, da quanto detto sopra, che le Cure Primarie non sono più sufficienti per garantire i bisogni espressi e manifestati dai cittadini. Non dovremmo più parlare di Cure Primarie, bensì di Servizio Territoriale per la soddisfazione dei bisogni di Salute del Cittadino e della Comunità.

Le esigenze manifestate possono essere risolte con l'attivazione di un modello che dia soddisfazione alla complessità del bisogno, con una valutazione critica rispetto alla domanda espressa, creando una struttura di servizi, una vera e propria Società Sanitaria Integrata di Servizi (che denomineremo, per comodità, SSIS) per semplificare, in modo radicale, il sistema organizzativo sanitario territoriale e offrire adeguate risposte ai bisogni effettivi di assistenza territoriale al cittadino. Il SSIS governa le risorse economiche destinate alla assistenza della comunità, con un budget specifico e ben definito sulla base della popolazione assistita, dei servizi offerti e degli risultati attesi. In questo modo attiveremo il medico, in estensione al ruolo della società di servizi in questo caso, quale manager della salute della propria comunità di assistiti. Questa agenzia di servizi ha in carico tra 10 e 20000 persone, creando, nei fatti, un centro di servizi generale per la popolazione afferente.

Questa società di servizi si fa carico di tutte le esigenze preventive, cliniche, mediche, infermieristiche, riabilitative, amministrative, socio sanitarie etc del proprio gruppo di assistiti, sia gestendo direttamente i servizi, che acquistando risorse da altri erogatori di attività, specialistiche, sociali etc, con un meccanismo assistenziale del *prendersi cura* della persona nella sua complessità e non soltanto dell'intervenire al momento del bisogno, e coordinando l'intervento nei confronti degli stessi, anche nei settori amministrativi, socio sanitari, etc., nell'intero arco della giornata per tutta la settimana.

Assistenza medica generale- specialistica di base e per pazienti cronici- infermieristica ambulatoriale e domiciliare- riabilitativa e socio sanitaria, oltre a tutte le prestazioni e risposte amministrative necessarie, con un coordinamento di tutti gli interventi nei confronti della persona, e con la diretta responsabilità degli atti necessari per dare risposta alle esigenze del cittadino. Si preoccupa della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, segue il ricovero e la dimissione dei propri pazienti, si occupa della assistenza diurna e notturna per esigenze urgenti e di primo intervento. Questa società comprende medici e pediatri di famiglia, specialisti delle diverse discipline con le relative tecnologie disponibili, infermieri, riabilitatori, amministrativi e assistenti sociali e segue tutte le diverse esigenze della comunità a cui deve prestare assistenza. Le attività svolte devono essere diversificate ed ampliate rispetto all'attuale modello di offerta, con una caratteristica essenziale che è la centralità del servizio per il cittadino, il punto unico di servizio e di risposta ai bisogni. Molti percorsi sviluppati attualmente scomparirebbero per l'evidente inutilità degli stessi, considerata la gestione coordinata dei servizi. Tra gli interventi che devono essere svolti da queste unità di servizio andranno inserite, ad esempio, le vaccinazioni, facoltative ed obbligatorie, secondo schemi condivisi e valutati sia per la prima infanzia che per l'adolescenza e per adulti e anziani, con la fornitura dei prodotti da parte delle Aziende sanitarie e la somministrazione a cura del SSIS. Questa organizzazione, proprio per costruire una conoscenza (ed una coscienza) sanitaria adeguata, un bagaglio di informazioni sufficienti, utili per ridurre rischi e fattori di rischio, dovrà preoccuparsi di dare una informazione ed educazione sanitaria adattata ai bisogni informativi, epidemiologici, culturali e di costume ai propri assistiti. Gli interventi potranno essere sia singoli, individuali per persona e per famiglia, sia in gruppi su argomenti o interventi specifici, con strumenti documentali predisposti in modo omogeneo dalle Aziende sanitarie e orientate alla popolazione secondo fasce di età o di interesse per problemi relativi a situazioni di rischio specifiche o bisogni informativi particolari. Gli interventi preventivi nei confronti della comunità saranno svolti dalla Asl che comunque avrà il compito di sviluppo e di coordinamento sui progetti. Altro settore fondamentale della attività di prevenzione sono gli screening e i controlli

periodici secondo fasce di età o di rischio. Questi verranno prescritti o svolti direttamente dal SSIS come normale attività assistenziale e la certezza della esecuzione delle prestazioni o della frequenza del monitoraggio consentiranno di ridurre al minimo il numero dei soggetti non controllati. La determinazione con cui verrà raggiunto il massimo di copertura dei pazienti valutati consentirà di ridurre il danno di cui gli stessi potrebbero soffrire. In questo senso vanno anche valutate le iniziative e gli interventi effettuati con la possibilità di svolgere attività di ricerca sul campo, per un reale e significativo confronto, sia per l'assistenza che per le terapie, oltre alla gestione delle risorse (e quindi le valutazioni nell'utilizzo) e dei diversi meccanismi di intervento coinvolti. Queste società avranno una particolare attenzione alla valutazione e alla selezione nell'utilizzo sia delle risorse consumate (visite, farmaci, ricoveri, prestazioni varie) che alla verifica dei risultati ottenuti. Questi centri di servizio dovranno avere a disposizione le tecnologie di base (Ecg- Spirometro- Pulsiossimetro- ecografo, prelievi, etc) per dare una risposta tempestiva e più coerente con le esigenze immediate dei propri assistiti. Fare Medicina oggi, con il solo fonendoscopio, appare inadeguato e limita in modo importante il ruolo del medico, che è costretto a ricorrere spesso allo specialista per valutare le diverse esigenze. Una ecografia veloce, una spirometria o un Ecg al momento possono indirizzare immediatamente verso una diagnosi anziché un'altra. La prossimità della struttura e la facilità di accesso, possono consentire di svolgere un monitoraggio attento per i pazienti che ne hanno l'esigenza. La disponibilità h24 favorisce notevolmente la tempestività nella diagnosi o nella soluzione del problema manifestato con medici tecnologicamente più evoluti e con risposte immediate e ben orientate. Il SSIS si preoccupa di offrire le migliori soluzioni ai propri assistiti nei vari momenti della propria esistenza con l'obiettivo di garantire il migliore risultato in funzione del benessere soggettivo ed oggettivo e ridurre i rischi relativi, con una particolare attenzione alle condizioni di malattia per favorire un pronto ripristino e una riduzione delle complicanze che possono derivare dalle patologie sofferte.

Il SSIS dovrebbe essere composto da almeno 10- 15 medici che possono organizzare un servizio, anche su sedi decentrate, adeguato per le esigenze di una popolazione di almeno 10- 20000

abitanti. Nei centri urbani le dimensioni del SSIS potrebbero essere anche più importanti. La sintesi delle attività è presentata nella figura 2 e nella tabella 4 che seguono.

Figura 2



## Caratteristiche

- Società di servizi che pianifica e gestisce le attività assistenziali territoriali per la popolazione assistita (ambulatoriali, domiciliari, specialistiche, amministrative etc, per circa 10- 20 000 abitanti)
- Risponde a tutte le esigenze cliniche, assistenziali e preventive (vaccinazioni, screening, educazione sanitaria, etc) per la persona
- Acquista funzionalmente i servizi necessari per la propria utenza assistita comprese le prestazioni specialistiche e di ricovero
- Svolge prestazioni diagnostiche di base e per il monitoraggio dei pazienti cronici, prestazioni di primo soccorso e di assistenza h24
- Opera con remunerazione mista, per prestazioni- servizi e con obiettivi di risultato

La gestione delle relazioni con il cittadino comprende una gamma molto ampia di servizi che riduca al minimo, e per attività non altrimenti effettuabili se non personalmente, gli accessi e le relazioni con le strutture amministrative della azienda sanitaria. Gli interventi riguardano tutto quanto possa essere svolto senza dover ottenere autorizzazione o per cui si possa configurare un conflitto di interessi ma rientra in un processo assistenziale predefinito e remunerato. Le richieste di prestazioni specialistiche oggi vengono pagate dal SSR su semplice prescrizione del medico mentre in questa organizzazione vanno a ridurre il fondo disponibile per le attività del servizio ai cittadini. Il modello di retribuzione del sistema è determinato da 3 meccanismi che devono conciliarsi tra di loro con l'obiettivo della soddisfazione dei bisogni di salute del cittadino, per quota capitaria, per prestazione e per risultato clinico gestionale. Non vi è una azione penalizzante nei confronti del cittadino, ma l'intervento prescritto ed eseguito deve avere una dimostrata utilità in un processo diagnostico ed assistenziale. Le risorse disponibili possono essere indirizzate così verso le aree a migliore risultato costo efficacia e costo beneficio per il paziente, e come costo di convenienza. La gestione coordinata delle prestazioni e la

riduzione degli sprechi sono fonte di un risultato adeguato in termini assistenziali con una elevata efficienza economica.

Questo modello ed organizzazione, riducendo in modo importante la filiera assistenziale, consente un notevole risparmio economico mediante l'eliminazione di processi e percorsi amministrativo assistenziali non utili alla soluzione dei problemi degli assistiti.

In questo impianto organizzativo è il SSIS che organizza il servizio e le visite utili per una buona assistenza. Acquista le prestazioni specialistiche per i propri pazienti che vengono invitati a visita direttamente dal medico che la prescrive, presso la sede del SSIS ove possibile, e vengono così sottoposti alla consulenza richiesta. Le risposte sono inserite direttamente nella cartella elettronica personale del paziente visitato, con un continuum gestionale tra le parti. I tempi di attesa, per effetto del duplice intendimento, uso corretto delle risorse e riferimento appropriato della richiesta, si ridurranno in modo molto significativo, sia per la competenza specifica che per i volumi di prestazioni consumati e quindi prodotti. Per una specifica valutazione delle attività diagnostiche ed assistenziali, possiamo considerare 4 livelli di riferimento per l'attività specialistica ambulatoriale che verrebbe, in parte svolta ed integrata nel SSIS.

Il primo livello è di consulenza su un singolo quesito determinato da una condizione di incertezza o dalla esigenza di un approfondimento e confronto con un esperto del settore. Alcune di queste prestazioni sono effettuate con tecnologie semplici (ECG, etc.). Tra queste prestazioni un numero non indifferente potrebbero essere, e spesso lo sono già, svolte anche dei medici di medicina generale adeguatamente formati (dermatologia, orl, ortopedia, reumatologia etc.) comprese le prescrizioni delle prestazioni di cura necessarie e successive alla diagnosi. Rappresenta il livello di filtro e solitamente riconduce il paziente alla totale responsabilità del medico di medicina generale.

Il secondo livello è riferibile alla presentazione di una sintomatologia complicata che necessita di più accessi specialistici e per differenti prestazioni, anche strumentali (ecografie,

spirometrie, Holter, ECG da sforzo etc.) che potrebbero (lettori o strumentazioni di livello diagnostico adeguato) essere effettuati presso i centri SSIS.

A seguito delle prestazioni svolte vengono poi diversificati due diversi flussi assistenziali per i pazienti. Il primo rinvia ai medici di medicina generale, concludendo la valutazione clinica. Il secondo tende a condurre il paziente verso un percorso di approfondimento ad un livello di maggiore complessità, svolto oggi, prevalentemente, in sede ospedaliera.

Il terzo livello può essere individuato come follow-up dei pazienti cronici (diabete, ipertensione etc.) ed è tipico di “ambulatori specifici” sostanzialmente inseriti in una rete ospedaliera. Gli specialisti per i quali è possibile attrezzare un ambulatorio con le tecnologie adeguate possono svolgere la loro attività presso il SSIS. La presenza, come frequenza e quantità, e le visite sono promosse dal medico curante o dalla équipe che ha in cura il paziente. Diventano “complemento diagnostico” e supporto agli interventi che il medico curante ritenga opportuni. Non hanno una periodicità predefinita ma possono essere svolti in caso di bisogno, con la necessaria coerenza delle attività specifiche e utili per ognuno, finalizzate a risolvere condizioni di criticità che si manifestano man mano. La gestione degli specialisti, interna al SSIS, favorisce la tempestività assistenziale e la continuità della cura, un confronto diretto tra colleghi sul caso e le richieste, in termini quali quantitative, opportune sulle esigenze proprie del malato. Non protocolli generici ma interventi specifici, orientati a dare una risposta adeguata. Le esigenze di ogni paziente sono differenti e la frequenza dei controlli dipende dai comportamenti degli stessi. Per molti pazienti, complianti, le esigenze sono minori che per altri, meno convinti dell'utilità dell'intervento medico e che possono soffrire per danni determinati da un comportamento soggettivo inadeguato. La personalizzazione, il cucire individualmente il processo clinico assistenziale, il rilevare precocemente fattori di fallimento terapeutico, conduce ad un migliore risultato assistenziale e terapeutico per il singolo. La selezione dei pazienti da far controllare è un ulteriore elemento di efficacia che viene sviluppato coerentemente con una elevata efficienza gestionale.



Le prestazioni specifiche non eseguibili presso il SSIS vengono svolte ad un livello più elevato, presso il light hospital, o ospedale di prossimità, che vedremo di seguito, in modo da garantire un percorso coordinato per le prestazioni di follow up dei pazienti.

Le prestazioni più complesse e il follow up dei pazienti a rischio per gravi patologie ha un riferimento sempre presso il light hospital, come poi vedremo successivamente, oppure nell'heavy hospital, o ospedale per acuti, come vedremo in seguito. In questo sistema si viene a creare una rete di strutture di riferimento, satelliti di centri di altissima specializzazione, per la valutazione nel tempo delle condizioni dei pazienti (neoplastici, neurologici etc) riducendo significativamente il turismo sanitario e l'accesso alle strutture ad alta specializzazione per prestazioni a basso impatto assistenziale o a basso valore clinico aggiunto.

Il quarto livello della attività specialistica è orientato alla diagnosi con tecnologie complesse o ad alto costo e va coordinato adeguatamente con i bisogni del paziente, sia come tempestività che come appropriatezza (sempre) presso il light hospital.

In estrema sintesi, attualmente, il sistema consente di accedere con facilità (qualche volta fin troppo) alle prestazioni specialistiche ma non ha la capacità di coordinare ed integrare i bisogni (anche sociali) dei pazienti. In questo modello le richieste sarebbero correlate con un approfondimento diagnostico e una assistenza utile al processo terapeutico, con una risposta rapida e coerente con quanto richiesto, nella congruenza con i bisogni specifici del paziente.

Le attività di supporto e di educazione al paziente verrebbero garantite dal personale sanitario presente presso il SSIS, secondo schemi e modalità specifici preordinati a livello nazionale e regionale, con sperimentazioni e valutazioni comparate locali.

Per ottenere questo risultato è indispensabile, come abbiamo indicato precedentemente, sviluppare una cultura specifica dei medici di medicina generale in settori specialistici di base, attrezzare gli ambulatori con tecnologie ormai di base e di relativa facile gestione (ECG - Spirometro - ecografo etc.) per un primo screening sulle effettive esigenze del paziente (con riconoscimento per la migliore capacità di filtro sulla attività di assistenza specialistica), differenziare l'attività lavorativa dei singoli medici, che potranno, ciclicamente, occuparsi di

attività cliniche, preventive, relazionali con altri livelli sanitari, seguire l'assistenza domiciliare o il primo soccorso ambulatoriale. Per proseguire l'iter assistenziale individuale va attivata la predisposizione di percorsi facilitati per l'erogazione di prestazioni preordinate (gruppo o pacchetto di visite e prestazioni specialistiche coordinate secondo le esigenze dei pazienti) o facilitazione all'accesso alle prestazioni di alta complessità secondo priorità definite (come se fossero prestazioni in costanza di ricovero).

## **Assistenza domiciliare**

L'assistenza domiciliare complessa è uno dei settori innovativi e fondamentali della medicina moderna. Le nostre case sono ormai adattabili in modo significativo a luoghi per l'assistenza medica ed infermieristica in discontinuità di presenza assistenziale professionale, dove una assistenza significativa viene svolta da personale non professionalizzato (parenti, assistenti personali) con interventi estemporanei, seppure regolati, di personale sanitario, medico, infermieristico, riabilitativo, socio sanitario etc.

In considerazione della gestione organica ed integrata del servizio con l'area di ricovero, il servizio di assistenza domiciliare ha il compito di accogliere i pazienti quando questi non traggono maggior beneficio dalla assistenza ospedaliera. L'organizzazione del SSIS, che comprende anche l'attività specialistica e la diagnostica di base, consente di poter assistere a casa, in modo organico, un paziente con esigenze assistenziali elevate. La preparazione del domicilio è a cura del SSIS che si interfaccia direttamente con il Distretto e organizza dimissione ospedaliera ed assistenza secondo parametri predefiniti. Il SSIS segue anche tutte le pratiche amministrative e socio sanitarie inerenti i bisogni sanitari e medico legali del paziente, predisponendo quanto utile per garantire lo stesso dei propri diritti.

## Il sistema informativo

Il sistema informativo appare essenziale in un impianto complesso come quello che stiamo definendo.

Non una cartella clinica, ma un fascicolo personale custodito ed implementato presso il SSIS, che segue, ed è integrato, per quanto utile e di competenza, da parte di tutti gli altri livelli sanitari ed assistenziali, compresi quelli privati.

La struttura logica è quella tipica della CMOP (cartella medica orientata per problemi) che consenta una rapida lettura della situazione esistente seppure permetta di conservare tutte le informazioni qualificanti per l'assistenza al paziente. Tutti i diversi soggetti che vengono in contatto con la persona trasferiscono, nella misura che man mano sarà tecnologicamente possibile, la documentazione prodotta o i referti su questa cartella, che è, quindi, sempre aggiornata. Una sintesi degli elementi più significativi può essere memorizzata su un supporto facilmente trasferibile e sicuro tecnologicamente che viene affidato al paziente.

Certificazioni, ricette e prescrizioni abbandonano definitivamente il supporto cartaceo per essere affidate a strumenti elettronici.

L'organizzazione di una struttura di servizi di queste dimensioni consente un facile interscambio del personale, che può svolgere attività specifica o perfezionarsi su alcuni particolari settori, fondando il proprio modello culturale sui diversi aspetti della medicina e della assistenza sanitaria in generale, sia clinica che preventiva o secondo specifici modelli assistenziali, garantendo così un elevato livello clinico e scientifico nella erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'attività di primo intervento o, meglio, di ambulatorio senza prenotazione, ad accesso ininterrotto nel corso della giornata, consentirà di ridurre in modo significativo l'accesso ai servizi di pronto soccorso per tutte quelle prestazioni eseguibili in un ambulatorio discretamente attrezzato e di dare immediata risposta a tutte le esigenze degli assistiti del SSIS.

La turnazione dei medici e del personale infermieristico consentirà di eseguire anche prestazioni di utilità per i cittadini, come iniezioni o medicazioni, e non soltanto interventi complessi.

La presenza di molti medici nel servizio potrà consentire ai singoli pazienti di selezionare il proprio medico di riferimento, senza essere costretto, come lo è oggi, a scegliere, non infrequentemente, un medico in modo del tutto obbligato che, spesso, non può essere definito “di fiducia”.

## **Remunerazione delle prestazioni**

Il sistema di remunerazione dovrà modificarsi in modo significativo, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più basso.

Attualmente sono presenti tre modelli di remunerazione, che possiamo inserire ed inquadrare nel sistema SSIS che stiamo descrivendo, considerato quanto presente nella proposta.

Per la medicina generale è oggi prevalente il riconoscimento a quota capitaria, definita in base al numero di pazienti- mese iscritti al medico. Tale modalità è integrata da pagamenti a prestazione e per servizi resi o disponibili e piccole quote su obiettivi operativi, non per forza di risultato clinico.

Il pagamento per quota capitaria, seppure indirizzato a fornire un servizio di “presa in carico” da parte del proprio medico prescelto (di fiducia), non sempre ha permesso di ottenere il risultato atteso, seppure qualche esperienza positiva sia stata prodotta nel corso di questi anni. Il comportamento operativo da parte dei medici è stato, tendenzialmente, passivo, di attesa.

L’allungamento della vita media e l’incremento dei pazienti con patologie croniche hanno usurato questo modello tanto da portarlo ad essere non soddisfacente per medici e assistiti.

Troppe limitazioni o organizzazioni non congruenti con le reali necessità, un carico di lavoro sempre maggiore, stimoli molto scarsi nel settore della prevenzione e della promozione della salute, una non visione del risultato immediato, una cultura prevalente della cura, hanno teso a configurare il rapporto come un intervento di risposta alla domanda e non promozionale della assistenza ai singoli e alla comunità.

Il pagamento per prestazione, che è tipico della assistenza specialistica o della assistenza domiciliare, per periodo assistenziale o per singolo intervento, è un altro modello che tende ad incentivare l'esecuzione delle prestazioni e facilmente determina la produzione di ulteriori interventi o prestazioni sanitarie, non attivando certamente un circolo virtuoso. L'Inam pagava il medico solo se questo faceva una contemporanea prescrizione di farmaci o di prestazioni specialistiche. Un modo indiretto per evitare abusi ma che ha prodotto la moltiplicazione delle richieste, a volte improprie o inutili.

Il terzo modello di retribuzione, per il personale coinvolto nella organizzazione del SSIS, è quello del pagamento secondo un rapporto di dipendenza. Non sempre il risultato operativo corrisponde alle risorse investite, tanto da adeguare la retribuzione ad un mix di stipendio fisso ed una quota di incentivi.

Determinare un modello funzionale, in un settore particolare come quello sanitario, che consenta di ottenere migliori risultati ad un costo limitato non è semplice.

La domanda che ci poniamo è come si possono adeguare le scelte retributive per evitare comportamenti non virtuosi e che consentano il miglior rapporto costo qualità del servizio.

Crediamo che attivare meccanismi di retribuzione diversi che riducano i rischi di comportamenti opportunistici con un mix del sistema di finanziamento, possa garantire sia chi opera che chi viene assistito ed è particolarmente utile per la verifica dei risultati clinici e di salute del singolo, integrato in un modello di riconoscimento del valore raggiunto in termini di cura e di salute della comunità che consenta di identificare il valore del prodotto sociale ottenuto.

In questo modello, oltre i diversi meccanismi retributivi segnalati in precedenza, l'inserimento di un procedimento di riconoscimento economico per risultato clinico o di salute potrebbe consentire di ovviare a comportamenti viziosi e parassitari attivando azioni virtuose e promozionali del risultato atteso.

Questo meccanismo è stato denominato *pay-for-performance* - *P4P* - ed ha esperienze già realizzate in paesi con sistemi sanitari differenti. La sua attivazione ha prodotto risultati clinici significativi e una riduzione della spesa, diretta ed in prospettiva, molto significativa.

La tabella 5 che segue presenta i risultati, in termini clinici, di una esperienza tedesca (German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model

An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument

1. Joachim Szecsenyi, MD, MSC,
2. Thomas Rosemann, PHD,
3. Stefanie Joos, MD,
4. Frank Peters-Klimm, MD and
5. Antje Miksch, MD

Tab 5

## Pagamento per risultato

	Pazienti arruolati		Gruppo di controllo	
	Numero	%	Numero	%
Mortalità	458	2,30	935	4,70
<i>Complicazioni</i>				
Infarto miocardico	165	0,83	219	1,10
Ictus	180	0,91	226	1,14
Insufficienza renale cronica	71	0,36	94	0,74
Amputazione degli arti inferiori	95	0,48	152	0,76
Almeno una delle quattro complicazioni	496	2,49	667	3,35

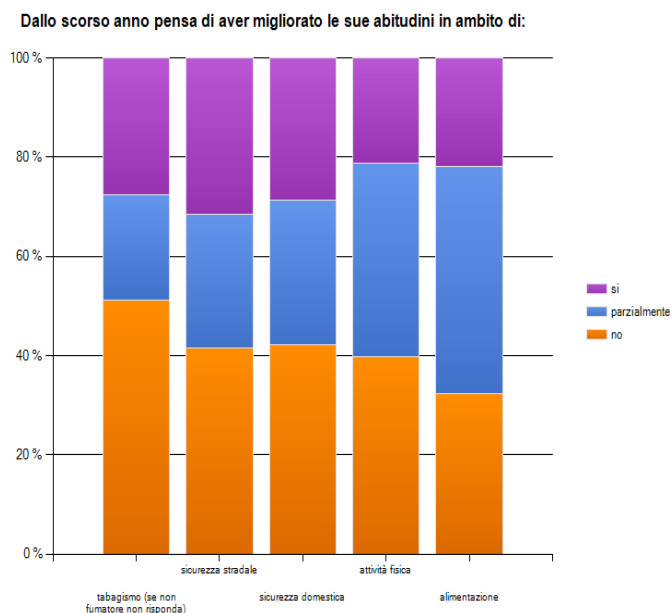
La differenza di risultato tra i due modelli di intervento è significativa, considerato oltretutto che viene valutato il trattamento di pazienti già affetti dalla patologia. Assistere in modo attento e qualificato comporta certamente risultati migliori che una mera assistenza generica.

È possibile che, se l'intervento di assistenza e prevenzione adeguata fosse stato attuato precocemente molti dei pazienti attualmente assistiti da quel servizio non sarebbero neanche diventati diabetici.

In questo modello, e stiamo trattando del settore clinico, il prodotto può essere individuato con indicatori di risultato e il costo del servizio tenderà a modificarsi sostanzialmente, con l'eliminazione di tutte le prestazioni non indispensabili o francamente inutili, con l'indirizzo verso azioni e comportamenti adeguati e qualificanti, oltre alla significativa riduzione di fenomeni aggravanti la patologia.

Un esempio in questo senso è il risultato ottenuto dall'autore e dai propri collaboratori per il progetto *Take Care per la prevenzione primaria dei tumori* sviluppato nelle ASL di Bergamo e di Lodi, in cui, adottando una metodologia WHP (Workplace Health Promotion) ha ottenuto i risultati esplicitati nella figura 3 seguente.

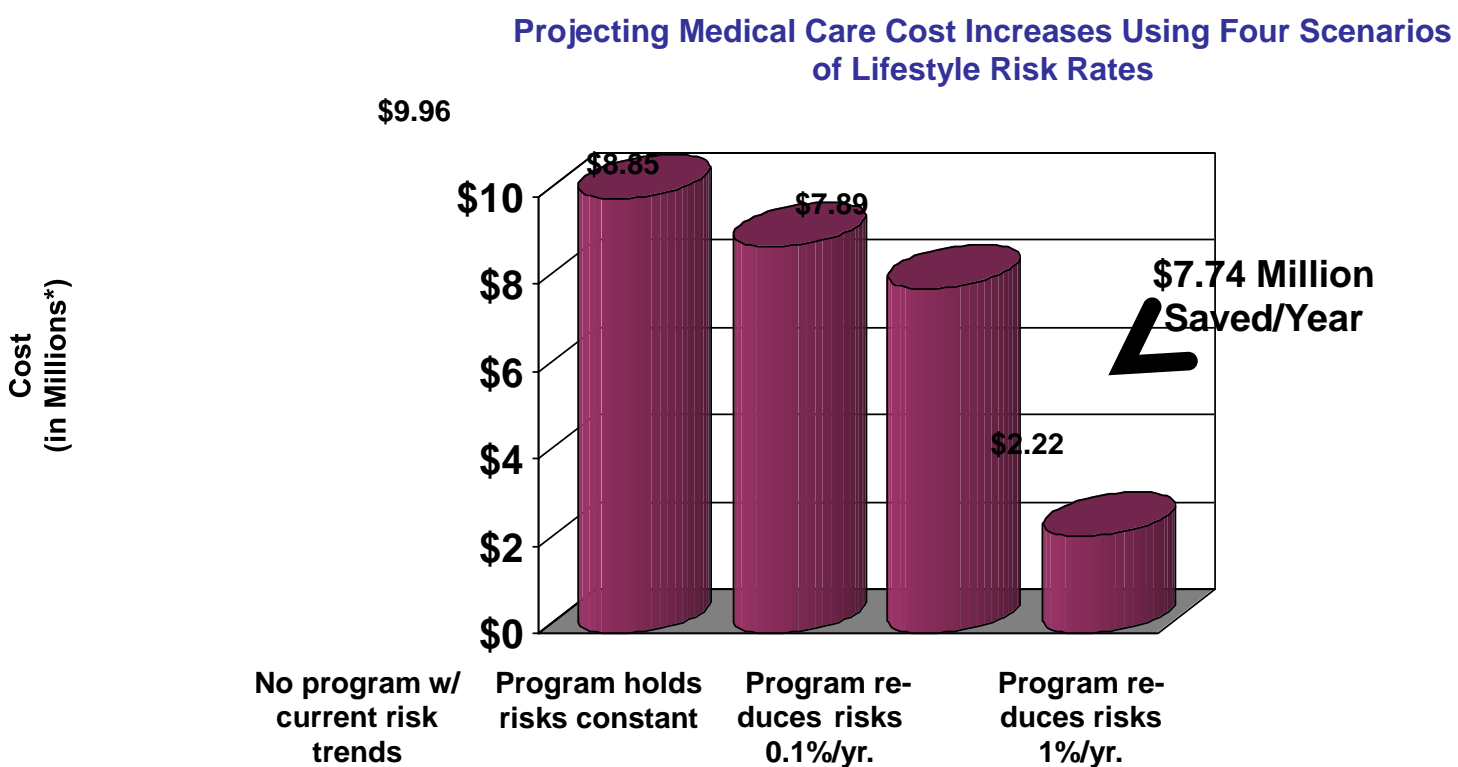
Fig 3



Di seguito presentiamo una sintesi, figura 4, dei risultati e delle proiezioni di progetti ed iniziative di WHP sviluppate negli USA. L'intervento del SSIS sarebbe molto più ampio e coerente con le reali necessità individuali, con una potenzialità molto elevata di personalizzazione e

capillarità degli interventi e con conseguenti migliori prospettive di risultato sia in generale che per il singolo cittadino.

Fig 4



Source: Leutzinger et al. (AJHP 2000)

\*1998 Dollars

Il SSIS potrà ampliare l'offerta anche a servizi non coperti dal SSN o dal SSR con prestazioni a pagamento o convenzionate con altri Enti o assicurazioni.



Le regole e i servizi offerti dovranno, comunque, essere molto ben individuati per evitare abusi o selezioni forzate da parte dei cittadini assistiti. Un panel quanti qualitativo di offerta sanitaria e socioassistenziale garantita, più come risultato che come mera offerta di servizio e di prestazioni in modo da favorire una risposta completa per i bisogni del singolo e della comunità, evitando di ampliare in modo significativo il numero delle strutture di erogazione. Un sistema che risponda alla maggior parte delle esigenze della comunità assistita è fondamentale per evitare duplicazioni ed errori.

## **Programmazione e gestione finanziaria**

Per una organizzazione che costa, come già accennato all'inizio, oltre 120- 130 miliardi di euro all'anno, non abbiamo obiettivi evidenti di risultato di salute ma solo indicazioni di garanzia di offerta di prestazioni per la popolazione assistita o di processi utili per migliorare la situazione contingente. Abbiamo, come abbiamo già espresso in precedenza, prevalentemente obiettivi di struttura, prestazionali o di tempestività, e non per tutti i settori. Obiettivi, oltretutto, non sempre raggiunti. La gestione degli interventi viene a seguito della manifestazione e dello sviluppo delle patologie e i costi vengono ridotti unicamente con azioni coercitive, modificando le tariffe o incrementando gli sconti. A posteriori vengono evidenziati gli eventuali risultati di salute raggiunti.

La programmazione finanziaria sulle tariffe a fronte delle prestazioni attese o disponibili non è particolarmente approfondita e le tariffe sono tendenzialmente fisse con eventuali aggiornamenti annuali percentuali e senza una programmazione definita sulla spesa globale finale. Le tariffe prefissate hanno il vantaggio di essere chiare per chi produce ma non danno certezza della spesa per chi deve pagare. Una previsione dei volumi eseguibili potrebbe indirizzare verso un valore accertabile della spesa, fermo restando che quella debba essere una valutazione indicativa. Con questo meccanismo, comunque, si creano sviluppi di linee produttive verso interventi sanitari che privilegiano scelte economicamente più vantaggiose. Va segnalato

che in alcuni settori sanitari esistono tariffe diverse per le medesime prestazioni con condizioni economiche differenti per il cittadino.

Rendere l'organizzazione razionale e omogenea territorialmente può favorire risparmi significativi e qualificazione nella attività assistenziale e clinica. I modelli attuali non sempre valutano i percorsi più favorevoli, lineari, e non attivano, se non in modo spontaneo, meccanismi virtuosi che possano favorire una riduzione dei costi senza inficiare la qualità clinica e professionale. Procedure organizzative standardizzate possono responsabilizzare il sistema ed eliminare sprechi, spese e attività non indispensabili.

Per contro, la riduzione degli organici può creare inefficienza poiché alcune attività, guardie, turni di servizio etc, obbligatorie ed indispensabili, erodono ore di lavoro del personale presente che non può quindi garantire servizi remunerati a valore aggiunto come le prestazioni specialistiche, gli interventi diagnostici strumentali, gli interventi chirurgici, attività terapeutiche etc.

Dobbiamo modificare i nostri orientamenti e condurre la struttura ospedaliera (che va ridefinita non solo nominalmente ma con specifiche caratteristiche minime di servizi disponibili) ad operare da struttura formale a struttura funzionale, con maggiore agilità ed appropriatezza, adeguando i servizi ai bisogni dei pazienti.

L'attesa di vita si è prolungata in modo significativo, in particolare per i pazienti cronici e di conseguenza oggi abbiamo un quadro epidemiologico e clinico radicalmente modificato rispetto alla struttura organizzativa precedente, che si è adattata ma non articolata sufficientemente e adeguata alle effettive e nuove esigenze dei malati e alla assistenza, anche in fase acuta, degli stessi, e si è distribuita tra prestazioni a domicilio e prestazioni ospedaliere, in particolare di area medica.

Il quadro clinico assistenziale globale della popolazione, l'evoluzione dei modelli assistenziali e delle tecnologie disponibili, le tecniche mediche, gli strumenti terapeutici più raffinati, le

conoscenze sui determinanti delle malattie e della salute sono novità del quadro sanitario generale che non sempre sono state prese adeguatamente in considerazione, sia nel corso degli anni di studio medico che per una rilettura del sistema di offerta e delle modalità con cui deve essere modificato il modello assistenziale nei confronti del cittadino e della comunità.

La stratificazione dei servizi e delle attività e i nuovi inserimenti nella organizzazione sanitaria nel corso di questi anni non ha condotto ad una rilettura globale del sistema ma ha comportato aggiustamenti o giustapposizioni delle funzioni sanitarie che, qualche volta, sono in contrasto, in contraddizione o in concorrenza tra di loro per l'offerta dei servizi o delle prestazioni. Spesso non coprono le esigenze per cui sono stati attivati e qualche volta svolgono attività non coerente con gli obiettivi assistenziali generali.

Quantità e qualità di prestazioni non sempre sono congruenti con la domanda e l'inappropriatezza o la scarsa tempestività rendono complessa la risposta e non sempre adeguata ai bisogni dei soggetti che la richiedono. Migliori servizi garantiscono il livello massimo di assistenza e di sicurezza per il paziente, favoriscono la guarigione e corrispondono alle reali esigenze assistenziali per il paziente.

Senza volerci dilungare sulla attuale organizzazione e gestione delle attività sanitarie in ospedale, a grandi linee possiamo considerare che vi è una relativa rigidità organizzativa e gestionale dei servizi di diagnosi e cura, che le esigenze mediche sono trattate in modo prevalente, con pazienti che non sempre hanno la necessità di essere inseriti in un sistema in cui la tempestività e l'urgenza appaiono essere elemento indispensabile per la gestione della patologia di cui soffrono.

L'organizzazione dell'“ospedale” è tipicamente orientata a dare risposta a tutte le esigenze sanitarie presenti ed in particolare a quelle che necessitano interventi complessi e tempestivi. Ma questa “complessità” e “tempestività” è assolutamente indispensabile per tutti i malati ricoverati? E quali interventi, in questo caso, sono indispensabili?

Non volendo approfondire ulteriormente, vogliamo soltanto significare che le esigenze espresse dalla maggior parte dei cittadini ricoverati sono assai più limitate e modeste. E quelle che si presentano non sempre sono, comunque, trattate nel modo dovuto. Per cui potremmo dire che esiste un eccesso di potenzialità assistenziale rispetto ai bisogni dei pazienti ricoverati. In considerazione del fatto che gli ospedali sono numerosi potremmo considerare che vi è un potenziale eccesso assistenziale diffuso per un elevato numero di pazienti, eccesso forse non soltanto teorico.

Ma non vogliamo dare una considerazione in modo impreciso e poco coerente con una generica valutazione di merito. Dobbiamo altresì esaminare quanto possano essere ancora definiti ospedali quelle strutture che tuttora ne mantengono il titolo ma non ne hanno più le caratteristiche, dimensionali e di servizio, retaggio di una mera attribuzione storica, privi di requisiti strutturali e funzionali minimi per garantire una assistenza adeguata alla cittadinanza.

In effetti oggi abbiamo un paradosso per cui l'accesso ai servizi, prevalentemente su base geografica, può determinare uno squilibrio significativo tra tecnologie disponibili, servizi offerti e bisogni assistenziali del cittadino.

Da questa brevissima analisi risultano due elementi che potremmo dire contrastano con i risultati attesi, questo modello comporta costi elevati e bassa performance assistenziale.

La riduzione della numerosità dei letti per singola struttura non porta ad un incremento di efficienza operativa, ma, anzi, potrebbe incrementare l'inefficienza relativa e pertanto non è una strada percorribile per un lungo periodo. Oltretutto il fabbisogno e l'utilizzo dei letti ospedalieri ha note variazioni stagionali con eccessi invernali e scarsità estive e si adegua ai periodi di vacanza per le attività programmate. Appare ovvio dichiarare che la struttura organizzativa garantita e i servizi offerti devono corrispondere ai bisogni assistenziali del cittadino.

Da quanto sopra esistono grandi difformità tra attesa e risultati.

Potremmo dire che i modelli attuali, anche con le linee di rilettura “per livelli di assistenza” che sono stati eccessivamente enfatizzati, che possono essere attribuiti solo in una percentuale relativa di casi di ricovero, non corrispondono, per i meccanismi che abbiamo segnalato precedentemente, ad un buon equilibrio e ad un rapporto costo benefici adeguato.

Dovremmo preordinare, garantendo alti livelli di cura ed assistenza, una rete assistenziale differente che tenga conto delle esigenze dei pazienti, della diagnostica e della rete terapeutica adeguata e che consenta significativi risparmi, offrendo, se possibile, migliori servizi ai cittadini.

Solo una quota parte dei ricoveri avviene tramite il pronto soccorso, mentre una parte significativa è programmata, in particolare nel settore chirurgico. Con una organizzazione del territorio secondo quanto esposto prima, una larga parte dei ricoveri ospedalieri, anche in area medica, verrebbe preordinata prima dell’arrivo in ospedale da parte della équipe medica del paziente che non sarebbe in grado di assisterlo a domicilio.

Per garantire un equilibrio tra le strutture ed i servizi, un utilizzo adeguato degli “impianti” tecnologici e delle strutture fisiche, un adeguamento funzionale del personale, riteniamo che l’assistenza debba proporsi su due riferimenti- modelli in cui proiettare la riorganizzazione.

La prima, una struttura territoriale di base, diffusa sul territorio, e la seconda, una struttura specialistica ad alta intensità assistenziale, centrata su una area territoriale più vasta. A questa rete vengono integrati/ inseriti nell’ambito della struttura, ospedali specializzati per settore (ortopedico- neurologico- cardiologico etc).

Per garantire questa modifica ed ottenere questo risultato, la rete sanitaria deve correggere in modo significativo il proprio orientamento al paziente e di risposta ai bisogni assistenziali.

Il ruolo del SSIS e della medicina territoriale ne viene esaltato e diventa centrale nella gestione clinica ed organizzativa del sistema di assistenza al cittadino, sia a domicilio che nell’orientamento al ricovero, oltre alla gestione delle attività di prevenzione e di promozione della salute e della sicurezza.

## Light Hospital & Heavy Hospital

Le strutture di ricovero come le abbiamo individuate, potremmo denominarle “*light*” - leggere- luminose- di prossimità e “*heavy*” -pesanti- complesse, per acuti.

Le prime, *light*, devono avere una organizzazione molto agile e orientata alle prestazioni a bassa- media intensità assistenziale di area medica, anche per degenza, con risposta prevalente ai bisogni medici, compresa la riabilitazione e la lungodegenza oltre alla risposta ad esigenze socio sanitarie con degenze prolungate o definitive, assistenza a pazienti terminali etc. I letti sono destinati ed individuati per area medica o di degenza prolungata a cui afferiscono i pazienti del territorio di riferimento, con strutture collegate, possibilmente nello stesso ambito edilizio, di degenza socio sanitaria e per assistenza specifica, come gli Hospice e altre strutture assistenziali comunque dedicati a particolari settori clinici.

Nella struttura sono ricomprese attività specialistiche ambulatoriali di medio- alto livello con diagnostica complessa in modo da diventare polo di riferimento per una popolazione tra 70 e 100.000 abitanti. Il numero dei letti globali, sanitari e socio sanitari, non deve essere inferiore a 300- 350 posti così da consentire un uso adeguato delle risorse umane e dei servizi sanitari disponibili. I letti, in parte orientati ad attività di ricovero in area medica e come riabilitazione e lungodegenza, e in parte come servizi socio sanitari a degenza prolungata e anche definitiva.

Il light hospital (ospedale di prossimità) è un centro di assistenza di ricovero con degenza diurna medica, riabilitativa e chirurgica, e con degenza ordinaria di area medica, riabilitativa e di lungodegenza, anche socio sanitaria, svolge attività nel settore chirurgico (chirurgia ambulatoriale o in day surgery) e dei servizi con attività limitate o settoriali (dialisi, oncologia per assistenza e per terapie etc). Questo centro rappresenta il riferimento territoriale specifico per la popolazione locale utilizzando le attuali sedi di ospedali di piccole- medie dimensioni. L’attività specialistica oltre che per la classica attività con prenotazione, proprio per favorire una risposta tempestiva e coerente con i bisogni dei pazienti, indirizzata in modo specifico dal

medico curante, potrà attivare ambulatori ad accesso diretto e senza prenotazione per quelle prestazioni che sono utilmente risolutive e alternative ad interventi da codice “bianco” del pronto soccorso non risolte a livello di SSIS.

La rete dei servizi presenti nella struttura supporta ed integra il servizio di assistenza territoriale e domiciliare che fornisce la risposta al malato per quanto possa essere tecnologicamente possibile, utilizzando sistemi di monitoraggio a distanza con servizi di telemedicina per quei pazienti che necessitano di sorveglianza continua ma non di assistenza h24.

Figura 5

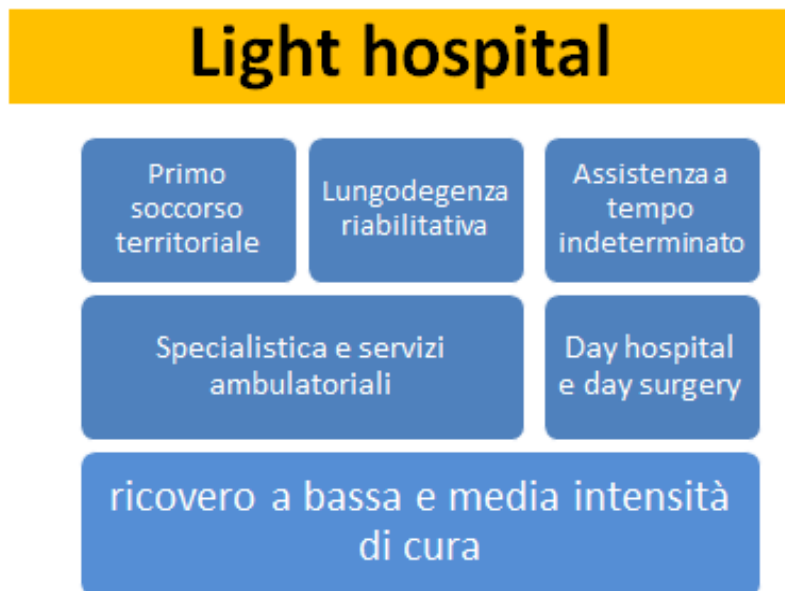


Figura 6

**Light hospital o ospedale di prossimità**

- Degenza media 8-10 giorni con trasferimento in area a bassa intensità assistenziale o in Rsa
- Aree medica- riabilitativa- lungodegenza- hospice- Rsa integrate
- Poliambulatorio con ampia gamma di prestazioni e con tecnologie ad alto costo (Tac-Rm etc)
- Apertura dei servizi ambulatoriali su 6 giorni per 10 ore giornaliere
- Circa 2 - 2,5 p. l. per 1000 abitanti per area ospedaliera medica- riabilitazione- lungodegenza- Day hospital medico, chirurgico e riabilitativo
- Una struttura ogni 70-100 000 abitanti circa- in base alla concentrazione della popolazione
- Primo intervento per attività sanitarie 12 h per 7 giorni
- Strutture integrate di assistenza socio sanitaria con 250- 300 letti

## La rete del light hospital

Le criticità che si stanno manifestando nella gestione dei servizi sanitari, sia economiche che di percorso assistenziale, sono determinate dalla frequente incoerenza tra bisogni manifestati dai pazienti e condizioni organizzative, strutturali e gestionali delle strutture ospedaliere e dei nuovi modelli assistenziali.

Con l'attivazione del pagamento per prestazione di ricovero (Drg) il soggetto ospedale ha avviato una significativa revisione del proprio modello organizzativo e gestionale. In particolare sono stati rivisti i processi di cura con tempi e modi di risposta maggiormente tempestivi. Per ottenere questo risultato un significativo cambiamento della durata della degenza è stato uno degli elementi maggiormente evidenti frutto della nuova organizzazione. L'utilizzo intensivo delle risorse è fondamentale nella gestione adeguata dei servizi con un evidente miglioramento nel rapporto costi attività.



Ma questa modalità di procedere si è confrontata (potremmo dire scontrata) con una situazione certamente non pienamente coincidente con l'obiettivo di ridurre le degenze che è l'assistenza ai pazienti anziani, fragili con pluripatologia cronica o post acuta, in particolare post traumatica. Questi pazienti non hanno le medesime esigenze dei pazienti acuti o chirurgici con patologia definita (e potremmo dire limitata) in cui una organizzazione efficiente rende meno fastidiosa la permanenza in ospedale.

Per questi pazienti la permanenza in ospedale consente di stabilizzare la condizione clinica e il rientro al proprio domicilio può essere meno problematico. In un sistema come quello attuale la scelta di trattenerlo in ospedale contrasta con i modelli e i processi assistenziali attuati. Questo limite va a svantaggio e detrimento della gestione del paziente.

I motivi di ricovero per questi pazienti non sempre sono di elevata criticità ma spesso sono determinati da instabilità clinica e da esigenze di gestione assistenziale medica ed infermieristica non altrimenti gestibile al proprio domicilio. Il ricovero rappresenta un momento di valutazione e di continuità assistenziale adeguato che favorisce il recupero fisico.

Quali sono i pazienti tipici di questo livello assistenziale?

Escludendo i pazienti con bisogni di assistenza urgenti e di terapia intensiva, che devono essere indirizzati direttamente verso le strutture specialistiche idonee, salvo momenti di urgenza che possono essere sempre necessari, il livello assistenziale, mediamente, è quello di una buona unità operativa di medicina dove la presenza h24 della assistenza medica garantisce interventi tempestivi e continuità nella sorveglianza per le differenti esigenze mediche dei pazienti ricoverati. Una organizzazione dipartimentale di area medica con le differenti specializzazioni e la rete di servizi diagnostici e terapeutici necessaria a dare risposta alle esigenze manifestate può rappresentare il modello più coerente con la struttura organizzativa proposta. Conclusa la prima fase assistenziale del momento acuto, questi pazienti possono essere trasferiti in settori dell'ospedale a minore intensità assistenziale o in area di riabilitazione, in attesa della dimissione al proprio domicilio o presso una struttura ad assistenza prolungata.

L'ospedale light, naturalmente, fa da riferimento territoriale anche per l'ospedale heavy di cui è afferenza organizzativa.

La degenza in un reparto di area medica è relativa per la sicurezza e l'assistenza del paziente, poiché l'intera struttura, comunque, è garantita da una sorveglianza medica adeguata e le attività diagnostiche e terapeutiche sono comuni alla intera struttura. Le strutture socio sanitarie sono integrate, se possibile anche fisicamente, ma almeno funzionalmente, con la struttura ospedaliera. La presenza dei servizi generali garantisce i servizi H24 mentre i livelli di assistenza medica ed infermieristica di base sono determinati dal livello di riferimento per i bisogni del paziente.

La nuova struttura, come accennato in precedenza, deve garantire una risposta adeguata per una popolazione tra 70 e 100 mila abitanti (dispersione territoriale- vie di comunicazione etc) con le adeguate verifiche epidemiologico gestionali del territorio.

I servizi offerti devono essere integrati più sui bisogni e le modalità di risposta che sulle forme strutturali storiche o le modalità classiche di offerta dei servizi. La struttura tipica dei servizi sanitari e socio sanitari cede il posto alle linee funzionali di risposta ai bisogni assistenziali individuali e alla rete territoriale che possa rispondere alle effettive esigenze della popolazione assistita. La struttura governa, in interazione con i SSIS di riferimento, tutto il sistema di gestione domiciliare dei servizi e di offerta assistenziale in piena integrazione con la medicina di famiglia, supportando l'organizzazione per le esigenze funzionali e specialistiche del sistema. L'assistenza si interseca con i bisogni della famiglia e la valutazione, anche economica della attività, sui risultati assistenziali ottenuti e sulla integrazione socio sanitaria e socio assistenziale indispensabile per garantire una risposta complessiva e coerente ai bisogni e alle esigenze della persona assistita.

La struttura deve possedere una organizzazione fisica ed ambientale adeguata che consenta di organizzare un intervento in cui i letti di area medica, di lungodegenza e di riabilitazione, integrati con letti di assistenza socio sanitaria di una Rsa di adeguate dimensioni (determinati

dalle valutazioni demografiche, socio sanitarie, economiche ed epidemiologiche) operino contemporaneamente e dove il trasferimento fisico del paziente sia limitato al minimo indispensabile. Il valore economico del ricovero varierà sulla base dei servizi necessari per il paziente, con oggettivi riferimenti valutativi espressi e concordati preventivamente.

La concentrazione e il mix di queste strutture consentirà anche una facilitazione all'accesso dei familiari e una continuità assistenziale in costanza di ricovero senza interruzioni assistenziali né cliniche, considerata l'unitarietà organizzativa ed assistenziale e la vicinanza con la rete sociale di riferimento.

L'attività specialistica viene svolta con l'offerta di una ampia gamma di servizi per garantire una valutazione complessiva della persona con la presenza di una diagnostica complessa e la possibilità di offrire servizi adeguati ai degenti per qualsiasi esigenza assistenziale specialistica, sia diagnostica che terapeutica, ma più e significativamente, nei confronti della popolazione afferente al servizio.

La complessità delle esigenze diagnostiche e di consultazione medica della popolazione deve trovare risposta in questa sede per favorire l'integrazione, la completezza e la continuità del percorso clinico. In questo senso è utile creare una struttura ad alta intensità diagnostica che concentra in questo ambito la gran parte dei servizi che diano risposta ai bisogni dei cittadini. Il pendolarismo sanitario verrebbe fortemente ridotto e l'attenzione ai bisogni del paziente rafforzata per la importante integrazione tra le diverse componenti mediche del territorio.

La struttura deve garantire un elevato livello quantitativo e qualitativo di offerta che consenta alla popolazione assistita di avere una risposta adeguata e tempestiva, alleggerendo il livello successivo, *heavy hospital*, dalla diagnostica di base in modo da poter concentrare lo studio clinico sui pazienti che hanno esigenze di approfondimento, anche con tecnologie di elevata specificità diagnostica, solo dopo aver svolto le necessarie prestazioni nella struttura *light*.

La canalizzazione del percorso è indispensabile per ridurre al minimo sprechi, tempi e risposte adeguate per i pazienti con maggiore complessità clinica.

Il servizio diagnostico e specialistico ambulatoriale, coniugato con una particolare attenzione a percorsi di diagnosi e di cura ben orientati, con attenta valutazione alla appropriatezza delle richieste, filtrate dal SSIS, deve dare risposta in tempi rapidi e nel modo più opportuno alle richieste dei cittadini, per cui va adeguato, sia qualitativamente che quantitativamente, alla domanda specifica che proviene dal territorio.

In questa struttura vengono assistiti anche i pazienti che, diagnosticati nell'ospedale heavy non necessitano di successive cure ad alto livello specialistico ma possono essere seguiti adeguatamente in prossimità del proprio domicilio, facilitando il percorso terapeutico e di recupero o di follow up del paziente. Tutti i servizi, come già accennato in precedenza, vengono svolti nell'ambito di questo livello organizzativo.

Le attività di DH comprendono, oltre le diagnostiche complesse, anche le attività di D Surgery che rappresentano una risposta alle esigenze chirurgiche meno complesse e di norma senza degenza oltre la giornata dell'intervento.

La struttura risponde alle esigenze meno complesse con un servizio adeguato e completo per la popolazione di riferimento. La selezione e le indicazioni di specificità sono svolte dagli specialisti sulla base di indicazioni condivise che, oltre che per la patologia e selezione dello specifico intervento, devono tenere conto delle condizioni del paziente e dei rischi propri o possibili per la combinazione che ne possa derivare tra condizioni generali della persona e attività terapeutica invasiva.

Il servizio di primo soccorso è orientato alle prestazioni dei pazienti ambulabili ed in particolare per coloro che non hanno esigenza di intervento in fase di elevata acuzie. La selezione dei pazienti è prevalentemente preventiva all'accesso mediante il sistema di emergenza urgenza organizzato secondo schemi condivisi e definiti e su autopresentazione del paziente.

Tipicamente in questa sede si dovrebbe dare risposta ai codici verdi e ai codici bianchi che non trovano risposta a livello ambulatoriale delle strutture del SSIS.

Le contraddizioni e le difficoltà che si esplicitano attualmente per i ricoveri rispetto ai bisogni e alle esigenze effettivamente espressi dai pazienti possono trovare una risposta ed una indicazione nel flusso assistenziale che attualmente stiamo cercando di realizzare nella interazione e integrazione tra strutture differenti come sede e modalità operativa, con trasferimenti fisici e di gestione del paziente che non sempre coincidono con le reali esigenze dei pazienti da assistere.

La distanza dalla sede ospedaliera e la tendenza alla casualità nei flussi assistenziali rende oggi complessi i meccanismi di risposta nei confronti di quei pazienti che non concludono il proprio iter assistenziale con le dimissioni a casa. Questi pazienti, oggi, hanno discrete difficoltà a proseguire le cure nei pressi del proprio domicilio, in una struttura idonea che risponda alle proprie specifiche esigenze cliniche e riabilitative.

Integrare, in un'unica struttura assistenziale, le attività tipiche della cura per pazienti acuti di area medica, non gravi, con strutture di lungodegenza e di riabilitazione non può che favorire una risposta corretta alle esigenze clinico assistenziali e nel contempo alle esigenze economico finanziarie per una gestione equilibrata della patologia in essere, creando un circolo virtuoso - economico terapeutico- che rende equilibrato il modello assistenziale e elimina gli sprechi determinati da una organizzazione non sempre adeguata a dare la risposta adatta ai bisogni manifestati.

Oggi il cittadino cerca il posto in cui andare, domani sarà la struttura a garantirgli la risposta coerente ai suoi bisogni clinici e assistenziali.

Le dimissioni, con bisogni assistenziali, dall'*H Hospital* hanno una automatica continuità con il *L Hospital*. La prossimità al luogo di vita del malato e la completezza dell'offerta consentono una

risposta qualificata per i bisogni soggettivi di tutti i malati affetti da patologie gravi o complesse già diagnosticati o per i quali ci sia esigenza di terapie prolungate o assistite.

Un problema che si pone sempre nella gestione dei percorsi assistenziali è la disponibilità dei letti e la tempestività della risposta. Queste strutture hanno una logica di disponibilità e di offerta di servizi elastica e fungibile. Non vi è rigidità strutturale ma adattamento alle specifiche esigenze assistenziali. Lo staff medico ed infermieristico deve avere, in questa organizzazione, una modalità assistenziale che si adatti ai bisogni dei pazienti secondo meccanismi di adeguamento dinamico alle necessità e alle richieste pervenute e non di mera integrazione.

Non interventi orientati nel corso dello sviluppo del processo clinico ma affidamento assistenziale ad équipes, multispecialistiche ove necessario, specifiche per i bisogni del paziente, con un coordinatore medico della assistenza al singolo malato che promuove e determina le esigenze assistenziali. Questo servizio si coordina con il SSIS ed il medico di riferimento del paziente. I meccanismi di risposta ai bisogni hanno una temporaneità di ricovero per livello assistenziale determinata dalle effettive esigenze espresse. La remunerazione dei ricoveri è assicurata dalla valutazione intrinseca del percorso terapeutico e dalle esigenze del cittadino nel divenire assistenziale, sino alla dimissione o al trasferimento in strutture lungodegenziali, con meccanismi oggettivi e condivisi di assistenza sanitaria, prediligendo linee derivate da modelli che favoriscano appropriatezza per la persona e risposta ai suoi bisogni con soluzioni adeguate al problema con una specifica valutazione del risultato ottenuto.

La presenza di uno staff medico, tecnico e infermieristico adeguato e la disponibilità di tutti i servizi utili per dare risposta ai bisogni assistenziali di un paziente complesso seppure non grave, l'elasticità nell'utilizzo dei posti letto disponibili nonché la facilità nel favorire una risposta coerente ai bisogni assistenziali non può che rendere semplice una risposta terapeutico assistenziale e riabilitativa idonea ai bisogni del malato.

La rete attuale soffre in modo particolare della rigidità nella disponibilità dei letti per l'assistenza ai pazienti, prolungando oltremisura la permanenza in strutture ad alto livello

assistenziale con le difficoltà di turn over sui letti per acuti e di accesso ai servizi a minore carico assistenziale (riabilitative o di lungodegenza) effettivamente necessari.

Questa coda verrebbe a cessare poiché il numero dei letti sarebbe adeguato alle richieste specifiche, modificando poi il proprio oggetto funzionale sulla base delle esigenze mutate dell'assistito. Nel medesimo letto, in attesa di trovare eventuale idonea sistemazione fisica, il malato modificherebbe il proprio status assistenziale con le relative modifiche economiche ed organizzative. Per evitare comportamenti non virtuosi devono essere garantite alcune caratteristiche minime per l'assistenza al paziente. Le modifiche di tariffa seguirebbero questo iter terapeutico selezionando una tariffa base che verrebbe integrata a fronte delle effettive esigenze assistenziali emerse nel corso del ricovero.

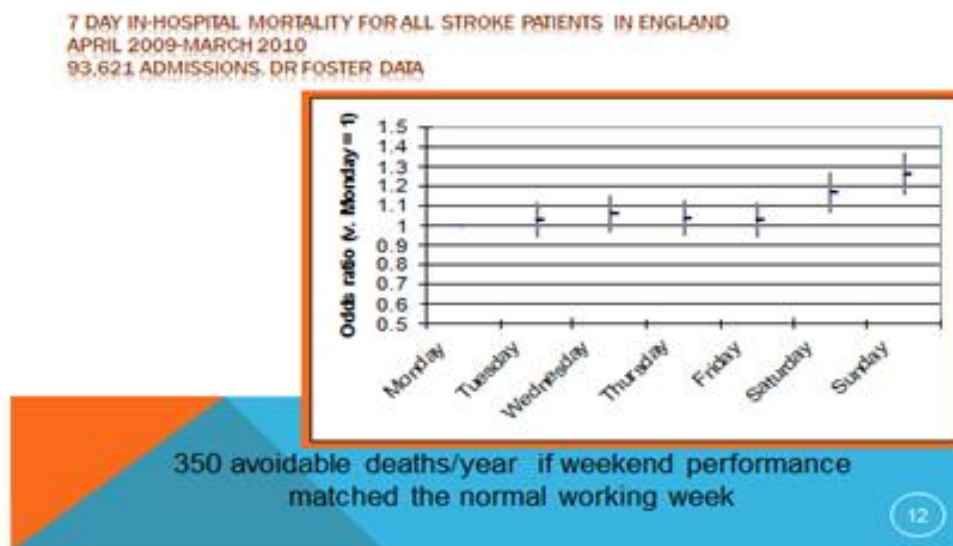
La continuità assistenziale con il territorio ed i servizi territoriali verrebbero sviluppati mediante la copresenza nella sede ospedaliera dei servizi assistenziali per il domicilio, la costante presenza di personale medico del SSIS in confronti regolati con lo staff medico ospedaliero, la continuità assistenziale organizzata in modo regolato e continuo in modo organico nella visione di una continuità assistenziale reale con la presa in carico dell'intero sistema assistenziale della persona da curare.

## **Heavy Hospital- Ospedale per acuti**

L'Heavy Hospital (HH), ospedale per pazienti ad alta intensità assistenziale, è l'ospedale per acuti con caratteristiche specifiche di tempestività, alta specializzazione, con la durata delle degenze mediamente ridotte al minimo indispensabile, che garantisce l'assistenza ad una comunità di circa 250- 300000 abitanti in cui sono presenti tutte le specialità che possano soddisfare la giusta ed adeguata assistenza al cittadino e che opera 7 giorni su 7 per le 24 ore giornaliere.

Il livello di assistenza è garantito a pari livello di attività nel corso della settimana. Infatti sono state evidenziate gravi lacune nei risultati terapeutici con una sovra mortalità significativa nel corso del weekend e durante gli orari notturni come evidenziato da una ricerca inglese sulla mortalità dei pazienti con ictus nel corso dei diversi giorni della settimana (fig. 7).

Figura 7



28/12/2012

giuseppe imbalzano

3

Tale risultato non è compatibile con l'erogazione di un servizio altamente qualificato come quello atteso in una struttura sanitaria di ricovero per acuti.

L'organizzazione del lavoro è orientata a garantire servizi e presenze per l'intero ciclo settimanale, senza pause nè interruzioni. Il ciclo assistenziale e terapeutico è essenziale per offrire una adeguata risposta alle esigenze dei pazienti che non hanno, sconsiderati come sono, una pianificazione nell'ammalarsi....



L'attuale organizzazione, come vediamo quotidianamente, in caso di carenza di servizi o di tecnologie, non risponde in modo compiuto ai bisogni espressi dai pazienti che abbiamo in cura. E seppure qualcuno possa attendere, nelle urgenze e nella organizzazione degli interventi nelle giornate festive o di notte si producono carenze assistenziali. I dati inglesi del dr Foster e l'esperienza ospedaliera ci danno ragione nel voler riprendere una organizzazione che garantisca parametri assistenziali differenti rispetto agli attuali. La garanzia di presenza continua H24 dei servizi, seppure con attività ridotta in alcune ore della giornata (notturne) ma non nei diurni prefestivi e festivi, ma comunque sufficiente per garantire gli interventi adeguati, condizione già presente come normalità negli ospedali di medie- grandi dimensioni, integrata con la presenza di servizi dimensionati sulle effettive esigenze clinico epidemiologiche territoriali, può garantire servizi e gestione delle attività sempre al livello massimo di garanzia e sicurezza per il paziente e per lo staff medico assistenziale.

Figura 8



Figura 9

## Heavy hospital o per acuti e gravi

- 300 letti per acuti (area medica, chirurgica e terapie intensive)
- Attività continuativa 7gg/ 7 H24
- Utilizzo degli impianti in modo intensivo (es. sale oper. 12- 14 ore/ die)
- Possono essere associate a presidi di alta specializzazione per organo (Nch. Cch. etc) o per attività di trapianto o di ricerca
- Tecnologie ad alto costo
- Dipartimento di emergenza e ad alta intensità di cura
- Attività ambulatoriale e DH di alto profilo
- Dedicato al ricovero e alla diagnostica ad alta intensità assistenziale e tecnologica e allo studio dei casi complessi
- Circa 1 posto letto per mille abitanti

La riorganizzazione dei servizi deve tendere, sempre, ad utilizzare al meglio le risorse umane e tecnologiche disponibili e consentire di offrire una risposta adeguata ad ogni bisogno assistenziale in forma aggregata. In queste strutture, operare per livelli di assistenza, mantenendo comunque specificità legate alle esigenze specifiche del paziente, è essenziale, sia per risparmiare risorse umane che strutture. Moltiplicare servizi autonomi per attività di terapia intensiva o semi intensiva non giova nell'uso delle risorse e dei servizi, garantendo le relative specificità e le adeguate attenzioni ai pazienti da assistere. Ridurre la dispersione delle risorse consente, ampiamente, di recuperare il personale necessario per garantire i servizi. La programmazione deve tenere conto di strutture, tecnologie e personale indispensabile. Un servizio attivo 7 giorni non raddoppia il fabbisogno di personale ma lo incrementa percentualmente in modo sufficiente per rendere possibile il servizio. Nel contempo l'apertura del servizio al sabato e alla domenica riduce il fabbisogno di personale reperibile o integra il personale che opera in turni ridotti. Senza voler valutare, in questa proposta, un fabbisogno

preciso, si ritiene che un incremento di 30- 50% di personale medico, secondo le attività relative, possa garantire il servizio in modo adeguato all'alto livello atteso.

La attività ambulatoriale specialistica diventa prevalente nel SSIS e nel Light Hospital mentre viene svolta in forma ridotta in questo ospedale, indirizzata ad attività di particolare complessità e affinamento diagnostico.

Il personale medico sarà prevalentemente orientato a svolgere attività nei confronti di pazienti degenti. Potrà essere utilizzato anche nelle strutture del *light hospital* per svolgere compiti clinici, sia ambulatoriali che per DH che per Day Surgery, oltre come consulenze ai pazienti ricoverati.

Le strutture operative e tecnologiche devono avere un utilizzo minimo di 14- 16 ore (sale operatorie (attive dalle 7.00 alle 22.00, radiologia etc) anche nei giorni festivi.

Il ciclo assistenziale consente di svolgere le attività intensive e prioritarie presso questo livello assistenziale. Concluso il percorso terapeutico minimo e considerate adeguate le condizioni di salute del paziente compatibili con il trasferimento, questo verrebbe inviato al domicilio o presso la sede del light hospital per proseguire le cure.

La degenza media in questa sede tenderà ad essere la più bassa possibile e comunque ben al di sotto dei 5 giorni, con un utilizzo intensivo degli impianti e del personale dedicato, con una occupazione media dei letti ben oltre il 90%, sabato e domeniche compresi.

A questo HH è associato, per aree territoriali definite, un'area ospedaliera per altissima attività diagnostica e terapeutica (trapianti, radioterapia, etc) che dovrà rispondere alle effettive esigenze assistenziali senza moltiplicare servizi molto costosi e delicati utilizzando strutture e servizi nel modo più efficiente.

## Posti letto, risorse umane ed abitanti

Una struttura con queste caratteristiche potrebbe ospitare, per posto letto, almeno 65- 70 pazienti anno/ letto. Con circa 300 letti di degenza ordinaria, oltre i letti di day hospital, avremmo circa 20.000 ricoveri anno, prevalentemente chirurgici, in terapia intensiva o per diagnostiche complesse.

Una rete territoriale nazionale di circa 200 strutture potrebbe garantire circa 4.000.000 di ricoveri anno, ad alta intensità di cura e con un peso medio molto elevato.

In totale possiamo considerare che una rete di heavy hospital di circa 60.000 posti letto possa essere più che sufficiente per offrire risposta ai servizi per acuti di un territorio mediamente vasto, garantendo una risposta alle esigenze cliniche più critiche o complesse.

Abbiamo indicato in circa 300.000 abitanti il riferimento di popolazione anche in base al livello di dispersione della utenza assistita, con un rapporto di circa un posto letto per mille abitanti.

Considerato che i ricoveri totali sono meno di 7,7 milioni all'anno compresi quelli di riabilitazione e lungodegenza, al light hospital ne potrebbero afferire circa 3,7 milioni.

Con una degenza media di circa 10- 12 giorni (quindi ampiamente al di sopra della media delle degenze tipiche, in considerazione del fatto che molti pazienti verrebbero poi assistiti in strutture con un livello assistenziale medio meno elevato o al proprio domicilio), noi abbiamo circa 30- 35 ricoveri anno per posto letto con una occupazione vicina al 100%.

Con questo riferimento i posti letto necessari sono circa 100.000- 120.000. Corrispondenti a 2 posti letto per mille abitanti.

Già da questa prima lettura possiamo indicare che con questo modello potremmo ridurre significativamente il numero dei posti letto utilizzando con la massima intensità le strutture e i servizi disponibili.

L'attività di degenza diurna porterebbe ad una integrazione di 0,2 letti per mille abitanti e garantirebbe, rispetto ai livelli proposti, una riduzione di oltre 30.000 posti letto rispetto alle ultime linee di indirizzo, e di oltre 50.000 rispetto all'assetto attuale.

Molte attività di degenza diurna, anche chirurgica, possono essere trasferite ad attività ambulatoriale. Ma, in un sistema così concepito, più che i letti e la destinazione d'uso, vanno valutati i costi e l'uso intensivo delle strutture. Il risparmio è poi individuato nella eliminazione degli sprechi e nella riduzione degli errori, in sintesi nella appropriatezza del ciclo clinico assistenziale.

La somma delle giornate di ricovero in degenza ordinaria e di lungodegenza attuali (2010) sono di circa 61 milioni, in lenta diminuzione.

La somma potenziale di giornate di degenza nel nuovo sistema è di circa 65 milioni di giornate, quindi al di sopra delle effettive esigenze attualmente manifestate.

Per effetto del nuovo modello organizzativo (zero attese per le prestazioni interne, alto livello di programmazione, appropriatezza dei ricoveri, disponibilità tempestiva dei posti letto, attività dedicate all'acuto e all'emergenza etc) dobbiamo attenderci un netto miglioramento dei tempi di risposta e di riduzione della degenza media nei servizi, con conseguente abbattimento delle giornate medie di degenza a tutti i livelli, con una riduzione nell'utilizzo dei posti letto delle strutture di almeno il 5- 10 %.

Riteniamo, con queste indicazioni, che il sistema possa identificarsi, a regime, come più che sufficiente per accogliere l'utenza da assistere. La revisione dei processi assistenziali, anche con lo sviluppo della assistenza a domicilio, di cura e di indirizzo del paziente potrebbero garantire un equilibrio sostanziale dei servizi nel corso degli anni per un congruo periodo.

Oggi, gli ospedali periferici o di piccole dimensioni, tendono a supplire le carenze di assistenza territoriale e domiciliare trattenendo per lunghi periodi pazienti che non hanno la possibilità di avere una adeguata assistenza in strutture sociosanitarie di lungodegenza o adeguata risposta al

proprio domicilio. La proposta organizzativa tende a favorire questo deflusso in modo organico e senza soluzioni di continuo. Anche in questo caso avremmo una lenta ma costante riduzione dei parametri di degenza presso questo livello assistenziale.

## **Il personale**

Gli organici, naturalmente, dovrebbero essere adeguati, quali-quantitativamente, alla assistenza proposta.

L'ospedale di prossimità adeguerà i propri organici con il personale che garantisca in modo ottimale i servizi h24 di area medica e per le urgenze interne, con i servizi di primo soccorso h12. Le figure specialistiche e i servizi disponibili devono garantire una risposta idonea ed adeguata nel ciclo 8- 20 per 6 giorni a settimana sulla base delle effettive necessità della popolazione assistita, adeguandosi periodicamente ai bisogni espressi.

Urgenze e servizi di primo intervento sono sostanziali per questa organizzazione ma le condizioni cliniche particolarmente problematiche che si manifestano sul territorio devono essere gestite dai sistemi di emergenza urgenza generali afferenti al 118. Per particolari realtà territoriali (territori montuosi o con problemi di trasporto), le strutture devono essere, naturalmente, adattate ai bisogni effettivi dei cittadini.

Il livello heavy deve avere un organico, medico ed infermieristico, e dei servizi, irrobustito rispetto all'attuale, in considerazione del ciclo assistenziale che comporta una attività h24 per l'intera settimana. Il fabbisogno di personale infermieristico va incrementato di circa il 30% per garantire una adeguata attività ed assistenza diurna e notturna nei sette giorni di attività della struttura.

Per il personale medico, questo va incrementato per circa il 30- 40%% con qualche punto percentuale in più per il personale di area chirurgica e anestesiologicala anche del 50% per garantire la costanza assistenziale in degenza e per gli interventi nel corso della giornata e della settimana. Nella struttura heavy va a ridursi in modo molto significativo il fabbisogno di

---

personale medico per attività specialistica ambulatoriale e l'attività del personale medico ruoterà verso i servizi di ricovero e non più verso gli outpatients, compensando in parte l'incremento delle attività assistenziali in degenza.

Volendo garantire gli attuali parametri operativi per il light hospital, che in realtà avrebbe fabbisogni medi più bassi, con una significativa presenza di personale medico per attività specialistica (senza esigenze di copertura di giornate festive o notturne) con l'intero orario dedicato agli outpatients, avremmo un netto miglioramento dei tempi di attesa e di coordinamento delle visite specialistiche.

Una attenzione particolare verrebbe posta nella continuità assistenziale con il medico di famiglia anche per favorire una selezione di prestazioni utili e richieste in modo appropriato.

I costi del personale, con questa riorganizzazione non subirebbero variazioni significative, se non con qualche lieve decremento poiché la riduzione di circa il 15% dei posti letto attuali (a regime di più) comporterebbe una distribuzione nelle sedi di riferimento per tipologia di attività e prestazioni svolte.

Si ridurrebbero i problemi assistenziali per garantire l'assistenza ai pazienti e in particolare verrebbe a migliorare la sicurezza e l'outcome legato alla scarsa presenza assistenziale come abbiamo rappresentato, nella figura 7, nelle giornate in cui è minore l'attività assistenziale.

## Il distretto socio sanitario

Trattare del distretto socio sanitario e qualificarlo adeguatamente, in modo sintetico, diventa opera ardua in un sistema come quello attuale dove si intersecano molteplici ruoli ed interessi, non sempre convergenti. Dove al distretto sono stati attribuiti, e poi revocati, compiti strategici o meramente operativi. Qui non si vogliono proporre soluzioni nè scelte radicali ma descrivere in modo, crediamo attento, quali risposte si attenda il cittadino e quale contributo possa essere offerto per la soluzione delle stesse.

Figura 10





Figura 11



Il distretto ha un forte ruolo operativo, con importanti funzioni integrative e di collegamento. Il ruolo principale di facilitazione per l'accesso e la soddisfazione dei bisogni dei cittadini dell'intero sistema sanitario locale.

Le attività proprie del distretto, con un ruolo di coordinamento territoriale, sulla base delle linee di indirizzo nazionali, regionali e di Asl, sono quelle che trovano una operatività ed azione di sorveglianza, risposta ed integrazione ai bisogni socio sanitari, clinici e preventivi del territorio.

Così come abbiamo sviluppato un pensiero di coerenza di obiettivi tra strutture e, per alcuni versi, di condivisione di un sistema di valori prevalenti che abbiano come obiettivo un risultato ottimale per l'assistenza e la cura della persona e della comunità, con l'attesa di un risultato di efficace al costo minore possibile, riteniamo che debba proporsi anche un sistema di vigilanza e gestione dei flussi che favorisca il migliore risultato complessivo possibile sia per problematiche di ordine sanitario che socio assistenziali e di comunità.

In questo percorso attivo di risposta al cittadino questo ruolo essenziale deve essere svolto da una struttura che opera, prevalentemente in forma mediata, per dare facilitazione e risposta ai bisogni dei cittadini.

In questo senso il distretto socio sanitario, che sia trait d'union, integratore, facilitatore della risposta espressa da parte del cittadino o dei bisogni che comunque devono essere garantiti, è l'anello fondamentale, il centro di riferimento che possa dare ruolo alle risposte attese e garantire soluzioni idonee alle esigenze manifestate.

Non soltanto come entità fisica, ma per le linee funzionali di risposta che questo strumento organizzativo e gestionale fornisce a tutti gli attori del sistema.

La rete dei servizi non deve essere orientata a strumentarsi solo nelle sedi classiche dei servizi, ma deve essere estesa a tutti i nodi della rete. Nodi facilitatori, quindi, e non nodi limitanti le risposte ai bisogni.

In questa rete giocano un ruolo fondamentale gli ambulatori dei medici di famiglia, i servizi del SSIS, che sono l'espressione della azione operativa più vicina al cittadino, luogo di raccolta della domanda e di integrazione dei bisogni sanitari e socio sanitari.

Come abbiamo premesso, diventa particolarmente complesso descrivere l'organizzazione distrettuale, che oggi ha specificità locali per sede e dimensione territoriale, per disponibilità di organico e distribuzione di servizi. Un lavoro adeguato dovrà esprimere non solo funzioni e ruolo ma anche professionalità che lo rendano effettivo motore di un cambiamento gestionale e dei servizi da offrire al pubblico e non una struttura che, a volte, è meramente amministrativa o poco più.

In questa lettura del progetto generale, il distretto ha un ruolo di indirizzo, di governo e di controllo, con una attività operativa certamente decentrata e in piena relazione con le comunità locali, sia amministrative che di servizio. Ha un forte ruolo di risposta, con erogazione di tutti i servizi al cittadino e che dia senso alle attività di prevenzione, sia individuale che di comunità,

alle attività di certificazione e di controllo, ai servizi per la famiglia (dal consultorio, che può diventare un contenitore molto ricco di compiti educativo preventivi e di risposta alle esigenze della famiglia in senso complessivo e non solo pediatrico ginecologico) e per le comunità in difficoltà o le persone fragili.

.

## L'Azienda Sanitaria Locale

Come è naturale nella attuale organizzazione, lo strumento di sviluppo per la gestione e il governo delle attività sanitarie e dei servizi relativi è l'Azienda Sanitaria, che ha un ruolo preminentemente orientato nell'indirizzo e garanzia di risultato dei servizi.

I compiti della Azienda non variano ma subiscono una revisione di ruolo, più di indirizzo e controllo e meno operative, con la verifica dei risultati.

Molto in sintesi le figure che seguono rappresentano il riferimento del modello organizzativo.

Figura 12

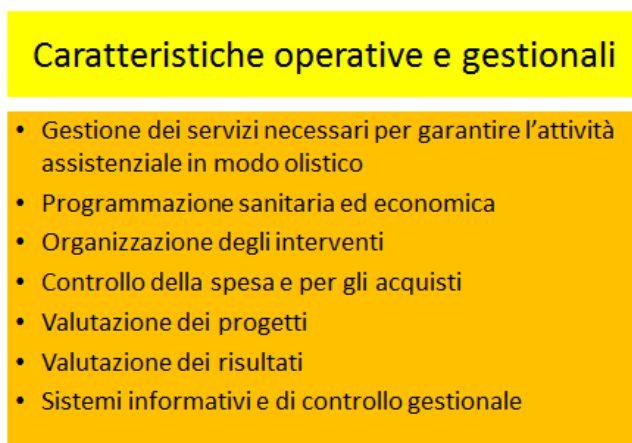


Figura 13



Figura 14

- Nuovo modello di valutazione della attività (da output a outcome)
- Semplificazione della gestione generale e delle procedure con responsabilità di risultato nei confronti del paziente
- Tre livelli operativi con obiettivi ben determinati e distinti tra loro ma coordinati sui bisogni della persona
- Modifica sostanziale delle normative esistenti
- Costituzione di nuovi aggregati operativi e gestionali
- Pagamento misto per prestazione e per risultato clinico e di salute della popolazione assistita

Il modello di gestione delle attività tenderà più a sollecitare una valutazione di merito e di verifica dei risultati ottenuti, con un ruolo di gestione ed indirizzo, di sorveglianza sulle attività sviluppate con uno sviluppo verso politiche della salute, tenendo ben monitorati costi e spese, ma con una variabile di fondo che è la corresponsabilità verso il risultato e non un mero controllo finanziario sulle prestazioni.

# Il sistema informativo

## Cartella personale

La cartella personale che descriveremo ha molto in comune con la cartella clinica classica, non fosse altro perché contiene elementi informativi di carattere medico, ma è uno strumento assai più ampio e significativo rispetto ad uno strumento informativo clinico.

Sarà residente nel database del SSIS a cui afferisce il cittadino, lo seguirà nei suoi trasferimenti, e svolgerà il compito di strumento di gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie della persona interessata. Gestione e non solo memoria. Cartella personale fisiopatologica, clinica e sociosanitaria che formula un percorso assistenziale e di attenzione alle specifiche esigenze individuali. Una cartella intelligente che segnala criticità o carenze informative, richiama specifici interventi non eseguiti, ricorda azioni da mettere in atto, richiede risposte su argomenti importanti.

In questa cartella dovranno confluire tutte le informazioni di carattere sanitario riguardanti il cittadino, sia quelle che verranno prodotte dalla struttura stessa che quelle che perverranno dagli altri livelli assistenziali (ospedali, attività specialistiche accreditate e private etc).

Come abbiamo accennato precedentemente l'obiettivo preminente del sistema è orientato a proteggere la persona, prevenire le patologie e promuovere azioni che rafforzino lo stato di salute e di benessere oltre alla soddisfazione dei bisogni socio sanitari ed amministrativi di ogni singolo cittadino e attiene a tutte le attività specifiche della persona, che comprendono sia lo sviluppo psico fisico che culturale e le relazioni sociali.

In questa “*cartella personale*” vengono inserite tutte le informazioni utili per consentire un intervento adeguato e coerente con le reali esigenze del cittadino, in cui sono attivati tutti i possibili e corretti interventi finalizzati a risolvere, nell'ambito del possibile, tutti i diversi problemi sanitari e socio sanitari, che possono insorgere nel corso della vita di una persona.

L'impianto della cartella è tale per cui deve essere possibile l'utilizzo e la lettura da parte di terzi. La cartella dovrà permettere una consultazione anche per sezioni che potranno essere rese disponibili separatamente ai diversi soggetti che potranno interfacciarsi sulla base delle norme sulla privacy.

La struttura del documento, che non tratteremo in questa proposta, avrà alcune particolarità che potranno essere di supporto per le diverse esigenze al fine di garantire un effettivo servizio al cittadino.

Sarà utilizzato anche come strumento di riferimento per la retribuzione del SSIS, definendo adeguati parametri prestazionali e di risultato.

Le indicazioni del processo assistenziale verranno definite preventivamente con interventi regolari per azioni di monitoraggio dei principali fattori funzionali e di verifica dello stato di salute della persona, in modo da poter intervenire in fase precoce della malattia o nel corso del processo assistenziale in caso di patologie acute o croniche. La struttura del programma informatico è di supporto alle attività cliniche e di indirizzo alle azioni specifiche ed è comprensiva delle linee guida di riferimento per la diagnostica e la terapia presenti in letteratura, delle informazioni e valutazione delle criticità terapeutiche, delle interazioni tra farmaci, alimenti, prodotti vari etc, della modulistica etc. Questi indirizzi ed indicazioni devono facilitare percorsi ed accessi dei pazienti ed evitare condizioni che potrebbero diventare problematiche se non adeguatamente considerate e orienta direttamente il paziente per la soluzione delle problematiche, anche amministrative, senza rinviarlo ad altri settori o sedi di servizio territoriali.

Le figure che seguono cercano di dare una indicazione circa i meccanismi che devono essere presenti nello strumento informatico che consentirà, in questo modo, di orientare il medico e promuovere un comportamento proattivo anche del paziente, sia per gli interventi in caso di patologia che di interventi preventivi.

L'anticipazione della diagnosi e lo sviluppo di azioni preventive dovrebbe ridurre significativamente il danno e la durata della condizione morbosa sofferta.

Figura 12. (modello di Hutchinson)

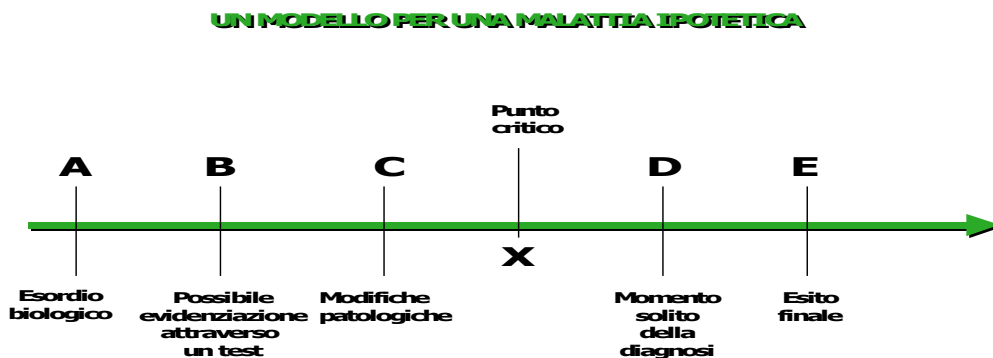
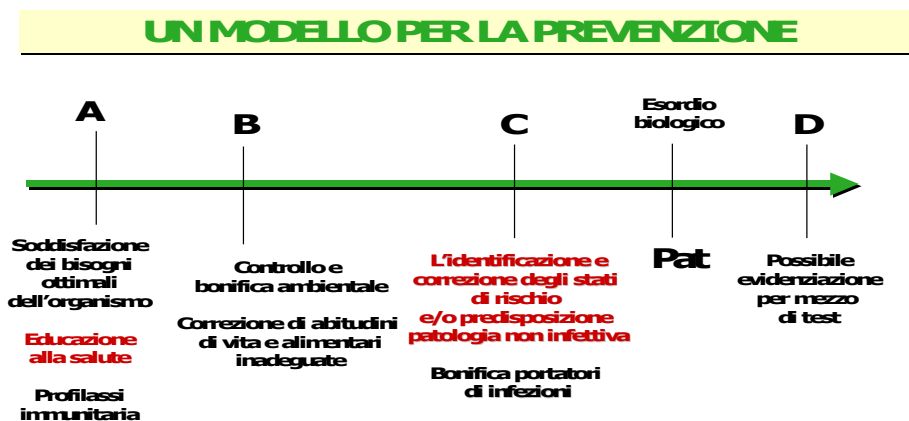


Figura 13.





A queste azioni programmate faranno da riferimento le valutazioni che potranno essere ottenute con una analisi adeguata degli interventi effettuati e dei risultati ottenuti, sia per migliorare ulteriormente il processo assistenziale che per favorire un risultato positivo dalle azioni poste in essere, con una valutazione particolare anche alla efficienza del sistema.

Molto in sintesi, le aree che dovranno essere presenti nel sistema saranno:

- Gestione dei rapporti informativi e clinici
- Governo della risposta clinica
- Processi preventivi ed assistenziali preordinati
- Sistemi di controllo delle attività, degli interventi, di warning
- Modello socio sanitario integrato di risposta al cittadino
- Sistemi di comunicazione e di collaborazione tra livelli assistenziali
- Informazioni per il governo economico del sistema

Il sistema informatico delle strutture di ricovero e cura deve porsi come un vero nucleo gestionale delle attività e dei servizi. I costi relativi alle prestazioni effettivamente svolte devono essere valutati per definire i processi più idonei in un rapporto costo efficacia, mentre tutte le informazioni sanitarie sono il riferimento di base di una cartella clinica elettronica che sostituisca la cartella cartacea anche nelle strutture degenziali. Questo modello faciliterà la gestione delle comunicazioni tra livelli sanitari e la verifica dei risultati. L'accesso alle informazioni sarà semplificato e il modello di azione sarà orientato alla integrazione dei dati e della documentazione pervenuta. La rilevazione dei dati e delle informazioni sarà facilitata e preordinata alla presentazione per priorità o per query.

Un panel di items consentirà anche di valutare le condizioni di salute del singolo e, nella analisi integrata del sistema, della comunità oggetto di assistenza.

Una corretta predisposizione dell'intero sistema di acquisizione dei dati e del sistema di valutazione possono consentire di promuovere azioni di miglioramento anche del sistema generale, dove si vanno a rilevare le eventuali criticità, che potrà consentire di mettere in atto gli aggiustamenti relativi, sia nei contenuti che nei processi assistenziali sia per sede che per tempestività di risposta.

## Come ridimensionare i costi del SSN

### Il ticket e altri elementi per la riduzione dei costi.

G. Imbalzano- A. Fusco- S. Silva- MG Silvestri

Gli interventi che vengono proposti in questo capitolo sono indipendenti dal progetto generale presentato in precedenza, ma ne trarrebbero particolare vantaggio in un sistema orientato al risultato e non solo alla valutazione delle prestazioni.

### Il ticket come strumento per la promozione della salute?

*«Le ticket modérateur représente un mode de financement important pour certains soins de santé».*

Con questa analisi e valutazione specifica vogliamo approfondire tecnicamente l'argomento e non trattarlo con una manifestazione di insofferenza o approvazione nei confronti di questo strumento finanziario. Seppure l'argomento sia molto dibattuto e assolutamente in primo piano in tutti gli interventi di risanamento della finanza pubblica nel settore sanitario, è sempre legato ad un meccanismo di selezione e partecipazione di ognuno di noi prevalentemente emozionale. Questo approfondimento non vuole porre valutazioni meramente soggettive, ma cerca di rendere un confronto adeguato tra bisogno di salute ed equilibrio economico. Vuole valutare oggettivamente come incida sui servizi e sulla assistenza stessa. L'assenza di una quota finanziaria, non minimale, nel bilancio delle aziende sanitarie potrebbe ridurre significativamente servizi e prestazioni nei confronti dei Cittadini. Questo nostro contributo vuole approfondire il problema del contributo finanziario derivante dalla quota integrativa al fondo sanitario nazionale che viene prodotta dalla esazione del ticket e delle differenti opportunità che possono rendersi disponibili.

## Il ticket

Il ticket è un contributo finanziario con differenti modalità di applicazione, forfettario (quota fissa), proporzionale (in percentuale rispetto alla spesa) o può diventare una franchigia. Queste modalità possono integrarsi tra di loro per differenti prestazioni o modalità di offerta del servizio.

La questione che ci poniamo è se con questo contributo la partecipazione alla spesa favorisca o meno il risultato di salute atteso per i cittadini, fermo restando che rappresenta uno strumento di contribuzione importante per il SSN.

Abbiamo scelto la definizione francese di *ticket modérateur* poiché ben rappresenta uno degli obiettivi di questo strumento finanziario, moderare i consumi di prestazioni sanitarie. Comunque, poi, nei fatti, consente l'esecuzione delle stesse prestazioni poiché ne copre il costo.

La carenza di risorse economiche per il SSN è cronica e, nei fatti, strutturale, e la gestione di questo meccanismo tende sempre più a diventare uno strumento di freno alla esecuzione di prestazioni che non soltanto al semplice incremento di risorse disponibili.

Di seguito (anno 2010) segnaliamo la normativa di riferimento nazionale e regionale sul ticket (Tab. 1).

Troppe sono le variazioni per poter presentare un documento aggiornato al momento della lettura dello stesso. E le valutazioni, oltre ai bilanci economici, sono riferite al 2010.

Considerato che l'obiettivo che ci poniamo è quello di una verifica dei risultati economici e di salute, non è indispensabile porre dati aggiornati ma valutazioni di sistema.

Tabella 1

T Ticket regionali				NORMATIVA	NAZIONALE
				DI RIFERIMENTO	
▫ ABRUZZO			<a href="#">Ticket</a>		
▫ BASILICATA			Ticket non applicato		
▫ P.A. BOLZANO			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Decreto legge 87/05</a>	
▫ CALABRIA			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Dlgs n. 502 - 30/12/1992</a>	
▫ CAMPANIA			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Decreto 21 Novembre 2002 ed allegati</a>	
▫ EMILIA ROMAGNA			Ticket non applicato	» <a href="#">Decreto 15 Novembre 2002 ed allegati</a>	
▫	FRIULI	VENEZIA	GIULIA	» <a href="#">Decreto 4 Novembre 2002 ed allegati</a>	
			Ticket non applicato	» <a href="#">Decreto del Ministero della Salute del 27/09/2002 ed allegati</a>	
▫ LAZIO			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Decreto del ministero della Salute 04/12/2001 ed allegati I e II</a>	
▫ LIGURIA			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Legge n. 405 - 16/11/2001</a>	
▫ LOMBARDIA			<a href="#">Ticket</a>	» <a href="#">Legge n. 388 - 30/12/2000</a>	
▫ MARCHE			Ticket non applicato		
▫ MOLISE			<a href="#">Ticket</a>		
▫ PIEMONTE			<a href="#">Ticket</a>		
▫ PUGLIA			<a href="#">Ticket</a>		
▫ SARDEGNA			Ticket non applicato		
▫ SICILIA			<a href="#">Ticket</a>		
▫ TOSCANA			Ticket non applicato		
▫ P.A. TRENTO			Ticket non applicato		
▫ UMBRIA			Ticket non applicato		
▫ VALLE D'AOSTA			Ticket non applicato		
▫ VENETO			<a href="#">Ticket</a>		

Qualche riflessione che possiamo porre sull'utilizzo di questo strumento di finanziamento, lo trarremo da documenti correnti e valutazioni esterne, che serviranno a identificare fattori positivi e criticità legate alla applicazione del ticket stesso nella attuale modalità ed espressione di prelievo.

*«Il quadro che emerge è preoccupante, in particolare nei confronti delle classi sociali più deboli», commenta Ketty Vaccaro, responsabile Welfare e Salute del Censis. «Le famiglie con un reddito economico basso considerano l'accesso al servizio sanitario pubblico troppo oneroso, e anche il pagamento del semplice ticket può rappresentare a volte un serio problema».*

**La crisi economica si riflette nelle scelte mediche degli italiani: quasi un quinto (18%) ha rinviato visite specialistiche private e cure odontoiatriche per motivi economici, un dato che per alcune fasce di popolazione sale ancora, mentre nell'ultimo anno il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, accettando liste di attesa più lunghe, per ottenere prestazioni (analisi, visite mediche, cure) che in altri tempi avrebbero acquistato direttamente da strutture private. La percentuale sale al 40% tra gli anziani, al 41% tra i residenti nelle regioni del Centro, a oltre il 47% tra i soggetti meno istruiti, senza titolo di studio o con la sola licenza elementare. (Monitor del Forum per la Ricerca Biomedica e del Censis).**

*Secondo l'indagine, nel 2009 quasi il 18% degli italiani ha rinunciato a una o più prestazioni sanitarie per motivi economici: il dato sale però a circa il 21% tra i residenti nelle regioni del Centro, al 23,5% nel Sud, al 24,2% tra i 45-64enni, al 27,2% nelle grandi città, al 31% tra i possessori di titoli di studio più bassi.*

*Quasi il 21% degli intervistati ha anche acquistato meno farmaci*

Su questo elemento, riduzione dell'accesso e ritardo della diagnosi, si aggiunge ed integra anche la valutazione effettuata negli anni dall'Istat che dimostra che una quota significativa di cittadi-

ni, in particolare al sud, con l'esecuzione delle prestazioni sanitarie e il relativo pagamento del ticket, può trovarsi in condizione di indigenza in caso abbia una patologia acuta in famiglia.

Non vogliamo ricordare l'art 32 della Costituzione (La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti), che oggi è ampiamente garantito per gran parte dei soggetti che ne hanno effettive esigenze economiche (e qualche volta anche per chi potrebbe contribuire in proprio), ma vogliamo approfondire il valore e l'utilità della modalità di esazione del contributo, di cui non è chiaro il valore in termini legali, finanziari e rispetto al diritto di salute di ogni singolo cittadino.

Gli obiettivi di una moderna politica sanitaria, che abbiamo segnalato precedentemente sono un riferimento fondamentale alla nostra ricerca e ai nostri obiettivi assistenziali.

Nella nostra analisi, e ci stiamo riferendo all'anno 2010, il ticket, nelle Regioni dove questo strumento è stato attivato, viene riscosso per prestazioni specialistiche, strumentali, di laboratorio e per farmaci. Viene applicato sia in forma forfettaria, in particolare per i farmaci, che sotto forma di franchigia per prestazioni della medesima specialità, con un limite di prestazioni per ogni ricetta. Diversa è la riscossione dei farmaci a brevetto scaduto che, nonostante costino meno del farmaco con marchio registrato, hanno il difetto di costringere il cittadino a pagare una quota integrativa tra il prodotto a costo inferiore (spesso non disponibile) e il prodotto acquistato (e disponibile presso la farmacia).

Come abbiamo accennato il pagamento del ticket riduce l'accesso ai servizi sanitari per coloro che sono in condizioni economiche disagiate e al limite del livello di reddito della esenzione. Ma non vorremmo semplicemente indicare, con questo contributo, un diverso valore di riferimento per le esenzioni. Infatti riteniamo che mal si concilia con l'equità anche il pagamento di un ulteriore contributo da parte di coloro che già versano somme significative al SSN tramite Irpef e contributi sanitari, oltre alle sovrattasse regionali sull'Irpef, sulla benzina, gas etc. Infatti, per costoro la compartecipazione diventa duplice e comunque rappresenta un ulteriore aggravio per chi già versa una significativa contribuzione commisurata con le proprie dichiarazioni dei redditi.

L'obiettivo di questo approfondimento è quello di verificare se sia possibile eliminare la contribuzione diretta, eliminando così anche tutti i servizi e attività per la esenzione e la esazione, il cui costo è cospicuo e rappresenta circa il 35- 40% del valore del ticket.

Si ritiene inoltre che, considerato che il servizio di esazione non è a carico del SSN, la contribuzione forfettaria sui farmaci dovrebbe permanere, riducendo il valore per confezione ma estesa a tutta la popolazione, esclusa quella per reddito prevista nell'art. 32 della. I farmaci specifici per alcune patologie potrebbero essere esenti in via diretta e non mediante la presentazione di documenti che dimostrino il diritto alla esenzione. Immaginare un contributo unico di 1 € a ricetta potrebbe non essere particolarmente oneroso nei confronti di ogni singolo cittadino. Questo modello semplificherebbe di molto l'attuale sistema di accesso ai servizi favorendo anche l'impianto generale per una reale semplificazione dei servizi ai cittadini, che, ricordiamoci sono gli utenti, ma anche gli "azionisti" del sistema.

Nel seguito faremo una valutazione circa i costi diretti e, parzialmente, indiretti, per la produzione e la esazione dei ticket.

Alcune azioni possono ridurre la spesa e cercheremo di offrire qualche indicazione in merito. Naturalmente il risparmio deve essere strutturale e non riferito a semplici azioni dirette ad un risparmio immediato.



## Farmaci

La spesa per farmaci, per quanto controllata, è soggetta a modifiche importanti e qualche volta imprevedibili, per la struttura della gestione e del consumo dei farmaci a livello territoriale. La mera autorizzazione alla vendita dei prodotti consente un immediato utilizzo degli stessi. Non che la norma sia inadeguata, ma, ad esempio, in Ospedale, dove, certamente, sono concentrati i pazienti più critici che risiedono sul territorio, questi farmaci non possono essere utilizzati se non dopo un passaggio tecnico che ne valida le caratteristiche e tende ad integrare (o sostituire) un elenco di farmaci già esistente presso il presidio ospedaliero. Nei fatti, ne deriva la situazione per cui farmaci più recenti (e più costosi), vengono utilizzati da medici che hanno, mediamente, pazienti meno compromessi rispetto all'ospedale.

Favorire l'accesso a questi prodotti crea certamente una situazione critica, sia sulla spesa che sullo sviluppo e consumo dei prodotti, che andrebbe valutata con attenzione prima della scelta di inserire nella normale prescrizione il nuovo prodotto, anche per evitare interruzioni forzate nel ciclo terapeutico ospedale- territorio, quando il paziente viene trasferito di sede assistenziale. A tal fine, è indispensabile l'attivazione di un centro di farmacologia clinica territoriale che ha come obiettivi annuali e pluriennali di attività specifica quelli di

- contribuire all'uso ottimale dei farmaci in ambito applicativo clinico, miglioramento dell'efficacia e della sicurezza delle terapie farmacologiche, riduzione o controllo dei loro costi, aumento della competenza clinica e delle conoscenze scientifiche.
- attuare la ricerca farmacologica clinica, e l'eventuale sperimentazione per conto terzi.
- collaborazione alla realizzazione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale, negli aspetti di impostazione, note e raccomandazioni
- valutazione dell'andamento del consumo dei farmaci.
- realizzazione di un Bollettino di Farmacologia Clinica Aziendale per presentare e discutere argomenti rilevanti ai fini clinici e territoriali.
- realizzazione di studi di farmacoutilizzazione

Da questo impianto organizzativo, sia per l'inserimento di nuovi farmaci che per la valutazione d'uso degli esistenti, una "commissione tecnica territoriale del farmaco" potrebbe indurre una minore spesa, anche significativa, nella selezione dei prodotti che siano di scelta prioritaria da parte dei medici curanti, fermo restando la loro libertà nella selezione del prodotto che comunque ritengano più opportuno. Inoltre, per alcune categorie di prodotti, ad esempio gli antibiotici, si potrebbero evitare consumi incongrui e perseveranza nella scelta di alcuni prodotti che, alla lunga, determinano inefficacia terapeutica e resistenze prevenibili. Il coordinamento con i servizi di microbiologia potrebbe favorire le selezioni di farmaci con minori resistenze e far ruotare i prodotti secondo schemi preordinati. Questa commissione dovrebbe anche valutare le proposte di inserimento di farmaci nel PTA (Prontuario Terapeutico Aziendale). Il risparmio atteso, di qualche punto percentuale sul consumo dei farmaci (3-4% rappresentano comunque 700- 1000 milioni di euro di risparmio), compenserebbe ampiamente scorrette terapie o disattenzioni nei confronti di bisogni terapeutici (terapia del dolore etc) e fallimenti terapeutici che verrebbero evidenziati favorendo un risultato clinico oggi non sempre adeguatamente perseguito.

Gli approfondimenti sui comportamenti terapeutici locali porterebbero anche ad evidenziare azioni individuali o sociali non sempre idonee con risultati di riduzione della spesa.

Le confezioni orientate a garantire un ciclo completo di terapia potrebbe consentire di ottenere un discreto beneficio per la riduzione degli sprechi, anche questo valutabile in uno o due punti percentuali, ma comunque di notevole impatto economico per la spesa.

## Laboratorio di analisi

Il laboratorio di analisi rappresenta un altro settore dove è possibile garantire significativi risparmi senza creare né danno né limitazioni diagnostiche al medico, garantendo sicurezza e precisione al percorso diagnostico.

Da un lavoro di chi scrive (pubblicato nel 2009 -Sanità pubblica e privata- sulle prestazioni di laboratorio eseguite in provincia di Bergamo) sul percorso diagnostico mediante algoritmi decisionali “*if/ then*” per la esecuzione di test di laboratorio per alcuni percorsi diagnostici selezionati e definiti (patologie tiroidee nello specifico), si è evidenziata la possibilità di un risparmio di oltre 1084000 € su una spesa totale di poco più di 2 850 000 €, pari ad oltre il 35% unicamente su questa batteria di test (a livello nazionale il risparmio potrebbe essere di oltre 40- 50 milioni di €). Altri esami su cui è possibile identificare un risparmio sono i test per l’epatite virale e una valutazione sull’utilizzo del test PSA oltre ad altri test per marker oncologici etc, procedendo sempre per selezione positiva. Questo modello non interviene sulla appropriatezza decisionale dei medici ma evidenzia unicamente l’inutilità del procedimento diagnostico su un esame certamente negativo. La selezione di altri test non indispensabili (esclusione di una delle due transaminasi nel primo test di base, bilirubinemia in paziente noto non evidentemente itterico, altri esami che sono più nella penna (oggi stampante) del medico etc, naturalmente con una adeguata attenzione ad ogni singolo caso) porterebbe ad un risparmio globale immediato oltre 300- 400 milioni di € all’anno. Altro settore in cui intervenire è la eliminazione di esami non strettamente necessari, in costanza di ricovero, per profili meramente informativi senza obiettivi diagnostici (batterie di test su HIV, HCV, HBV etc in particolare nei settori chirurgici, in previsione di eventuali interventi). L’esecuzione di questi test nulla aggiunge alle attenzioni che normalmente devono essere tenute nei confronti di tutti i pazienti per eventuali rischi infettivi. Altre azioni possono essere adottate in ambito ospedaliero per ridurre il consumo di prestazioni o per favorire la tempestività nella gestione delle prestazioni diagnostiche in costanza di ricovero.

Vanno individuati gli esami non prettamente indicati per le attività di diagnosi e cura (medicina del lavoro, sportiva etc) ed esclusi dalla spesa poiché non possono gravare sul bilancio del SSN.

Una azione significativa sulla appropriatezza diagnostica potrebbe consentire di ridurre ulteriormente questa spesa in modo molto significativo. Questo argomento ha l'esigenza di un ulteriore adeguato approfondimento e potrebbe comportare forti risparmi senza una perdita in efficacia diagnostica.

## **Medicina specialistica e diagnostica strumentale**

Alcune prestazioni diagnostiche o di monitoraggio clinico sono eseguite in numero inferiore alle reali esigenze o in riferimento ai protocolli previsti (in particolare per patologie cronico degenerative), mentre per altre il ricorso appare inappropriato, eccessivo o inadeguato. Circa il 15% delle visite orl vengono effettuate per l'eliminazione di tappi di cerume, visite dermatologiche che non hanno particolari complicazioni, visite ortopediche su diagnosi note, etc. così come la esecuzione di alcuni particolari esami (ecocolordoppler o ecografie, oltre ad esami diagnostici radiologici) potrebbero essere significativamente ridimensionati, oltre a individuare alcune prestazioni da trasferire ai medici di famiglia nell'impianto del nuovo sistema SSIS (ecg di base o di controllo, spirometrie, alcune ecografie etc). Volendo mantenere invariata la spesa (ma è possibile pensare ad un ridimensionamento di qualche punto percentuale) quanto meno ne dovrebbe migliorare la tempestività ed appropriatezza per quanti ne hanno l'esigenza.

Andrebbero anche riaggornate le tariffe per molte prestazioni ad alto costo (Tac, Rmn, ecografie etc) che oggi hanno costi di produzione molto meno elevati (apparecchiature più efficienti, costo di acquisto meno elevato, spese di manutenzione moderate, apparecchiature selettive (alcune che raggiungono il pareggio e la copertura dei costi di acquisto in pochi mesi) etc) ma hanno mantenuto tariffe che si riferiscono ad un passato, relativamente recente, in cui vi erano apparecchiature tecnologicamente meno efficienti e riservate ad una utenza che era molto più limitata rispetto a quella attuale.

Sommando i risparmi nella spesa tra i tre settori evidenziati il risparmio globale potrebbe essere circa tra 700 milioni ed 1 miliardo di € senza interventi sulla appropriatezza (che, se attuata, potrebbe condurre a risultati economici ben più significativi).

Considerato che per i farmaci dovrebbe mantenersi l'introito attuale per i ticket, già molta parte della attuale spesa dei cittadini potrebbe essere coperta con questi risparmi assolutamente possibili.

## Ricoveri

Altra importante e significativa area di revisione della spesa coinvolge la gestione dei ricoveri ospedalieri. L'abbattimento di pochi punti percentuali di spesa (ogni punto corrisponde a 400-500 milioni di € di risparmio) potrebbe risolvere molti dei problemi di bilancio del nostro fondo sanitario. Ma, volendo privilegiare una rilettura della spesa e non un ridimensionamento, sarebbe molto utile individuare nuove modalità di attribuzione del valore delle prestazioni, l'organizzazione generale e la numerosità delle prestazioni, la complicazione relativa delle esigenze dei pazienti (età o problematiche specifiche che oggi vengono riconosciute in modo molto relativo), la specializzazione e la prevalenza della tipologia di prestazioni eseguite, che consente risparmi significativi per volumi elevati di prestazioni, etc, la appropriatezza nel ricovero e nella selezione degli interventi clinici, l'evidenza scientifica e il metodo corretto nella esecuzione e gestione delle prestazioni e degli interventi clinici che potrebbero portare a ridurre prestazioni non sempre indispensabili. L'eccesso terapeutico a cui assistiamo in alcuni settori è purtroppo coerente con la totale dissociazione tra valutazione dei costi e dei risultati ottenuti.

La rimodulazione delle tariffe dovrebbe tenere conto anche di un riferimento programmatico specifico, seppure non rigido, per la definizione dei volumi di prestazioni eseguibili secondo standard epidemiologici e non secondo valutazioni di specificità operativa, con la lettura dei risultati effettivamente ottenuti e la ridefinizione delle prestazioni eseguibili.

La revisione della rete ospedaliera così come la abbiamo proposta in precedenza (i letti non producono salute) e investire nel settore diagnostico e dei sistemi dell'urgenza, potrebbe comportare una migliore e più significativa qualificazione delle attività sanitarie, una compensazione e migliore risposta alle esigenze specifiche dei cittadini e un più favorevole risultato di salute dell'intera comunità.

## **Responsabilizzazione del cittadino.**

Il ruolo del cittadino, come abbiamo visto in precedenza, in una visione coerente con una revisione dei processi induttivi di consumo (e di spesa) nel settore dei servizi sanitari e sociali, è quello di essere coinvolto in azioni che lo portino ad una maggiore responsabilizzazione e partecipazione alle scelte delle azioni sanitarie utili e non di mero consumatore od utente.

Appare evidente che il ticket non sia un elemento favorente la salute del cittadino. Introduciamo, di seguito, un altro elemento di riflessione e di valutazione sui determinanti della salute, e conseguentemente della malattia. Lo schema che segue raggruppa sinteticamente e suddivide per settori omogenei i fattori causali dello stato di benessere o delle cause di malattia, con un modello che attribuisce circa il 40- 50% ai comportamenti personali, il 20- 30% all'ambiente così come definito nella scheda, mentre i fattori genetici hanno ruolo per circa il 15- 20% e l'organizzazione sanitaria per un 10- 15%.

**•FATTORI BIOLOGICI:**  
•Patrimonio genetico, caratteristiche morfologiche, capacità immunitaria, processi fisiologici come l'accrescimento o la vecchiaia.

**• FATTORI LEGATI AL SISTEMA SANITARIO**  
• Risorse sanitarie disponibili, modalità della loro utilizzazione, accessibilità dei servizi, loro qualità, efficienza ed efficacia.

## I FATTORI CHE INFLUENZANO LA SALUTE

**•FATTORI COMPORTAMENTALI**  
•Abitudini igieniche, alimentari, tabagismo, sedentarietà, comportamenti nelle situazioni a rischio (guida dell'automobile o lavori pericolosi, ecc.), comportamenti sessuali o riproduttivi, elementi che sono fortemente influenzati dall'appartenenza sociale e culturale.

**•FATTORI AMBIENTALI**  
•Legati sia all'ambiente sociale e fisico, come la sicurezza fisica, la situazione economica, le condizioni abitative e di lavoro, la distribuzione dei beni e del potere, l'accesso all'educazione scolastica, il supporto sociale, il clima, le condizioni dell'aria, dell'acqua e del suolo.

Per raggiungere un livello accettabile di equità dobbiamo riflettere sia sul concetto in sé, più per esclusione che per selezione positiva, e sul concetto di accettabile.

Partiamo da quest'ultimo che appare propedeutico all'altro valore. Crediamo che "accettabile" sia coniugato al valore economico e alla facilità per l'accessibilità della azione che la renda tale. La distribuzione dei costi su tutta la popolazione, oltre all'eliminazione di qualsivoglia obbligo amministrativo, e non solo su un numero limitato di soggetti può consentire di ottenere un risultato adeguato di equilibrio economico riducendo in modo del tutto significativo il valore del contributo del singolo, ed essere accettabile se effettuato per un motivo ragionevole.

Il concetto di equo è invece collegato alle valutazioni soggettive e agli interessi propri di ogni singolo individuo, sempre nella disponibilità o meno di avere interessi coinvolti nella selezione dei fattori determinanti correlati con la scelta di quelli sottoposti ad un incremento di costo per favorire il risultato di cui al quarto punto dell'elenco.

E' equo sottoporre ad un prelievo economico coloro che hanno comportamenti idonei a ridurre i fattori di rischio e conseguentemente il rischio di malattia?

Appare ovvio ritenere che tale comportamento non possa e non debba essere sanzionato negativamente. Anzi appare chiaro che debba essere favorito e promosso un atteggiamento che abbia come obiettivo quello di ridurre il ricorso alla assistenza sanitaria. Obiettivo implicito nella indi-

viduazione di un *ticket modérateur* in cui, ad una riduzione del bisogno consegue una riduzione del consumo.

La selezione di cittadini con reddito superiore ad un minimo l'abbiamo posta come motivo di revisione rispetto al sistema attuale. Il reddito di per sé non può rappresentare un elemento determinante un aggravio di spesa per il soggetto interessato, sia che abbia un reddito modesto o elevato, poiché non favorisce un risultato di salute, anzi lo condiziona negativamente. Inoltre la persona già contribuisce in modo significativo al finanziamento del servizio sanitario.

Per alcune patologie non è nota, ad oggi, la o le cause determinanti lo stato morboso, mentre per altre ne è ben noto l'elemento causale o di facilitazione allo sviluppo, indicati anche come fattori causali o fattori di rischio.

E' ben chiaro che vi sono situazioni cliniche che sono veri eventi catastrofici per il singolo e per la propria famiglia e pertanto è indispensabile che la comunità intervenga in forma solidale e completa. Ma è altrettanto vero che il fatto di esporsi coscientemente a fattori di rischio specifici non può essere considerato socialmente accettabile senza una evidente azione di stimolo e responsabilizzazione rispetto all'aumentato rischio che il singolo si procura per sé e le conseguenze che da questo comportamento ne derivano.

Nella identificazione dei determinanti per la salute vi sono molte condizioni significative che hanno uno sviluppo da azioni personali ed altre da comportamenti sociali.

Considerato quanto detto, è necessario individuare percorsi che potremmo definire tecnicamente come "*assicurativi*" nella lettura di comportamenti a rischio.

Oggi abbiamo il totale *non obbligo* alla partecipazione ai processi di mantenimento della nostra propria salute se non per mera scelta individuale, quindi, non si potrebbe individuare un *ticket modérateur* sulla spesa per prodotti o comportamenti che determinano un rischio o sui comportamenti a rischio?

Questo percorso, l'identificazione di responsabilità individuali nel determinismo di condizioni soggettive di malattia, non può che condurre alla esigenza di copertura del rischio, come in un sistema che abbia anche una componente assicurativa, con una valutazione specifica



sull'incremento relativo dei fattori di rischio nella comunità, con l'obiettivo di ridurre significativamente la l'insieme dei fattori di rischio esistenti.

Il modello che verrebbe a delinearsi è orientato a identificare due settori di sviluppo.

Il primo, fondamentale in una comunità moderna, la responsabilità individuale nei confronti della salute. La comunità difende la salute del singolo ma anche il singolo "è tenuto" a preoccuparsi della propria salute. Una totale "irresponsabilità" non può che portare ad un sistema organizzativamente ed economicamente ingestibile in campo sanitario. Quindi non l'acquisto di prestazioni sanitarie come strumento di salute, bensì la riduzione dei fattori di rischio per il mantenimento del più elevato livello di benessere. Comportamenti inadeguati non possono diventare un carico, sia economico che sociale, per l'intera comunità, se non come base sociale di garanzia generale, che deve, naturalmente permanere e viene ancora di più esaltata da questo modello dove i costi indotti tendono ad essere ridimensionati.

Il secondo, invece, attiene alle fonti economiche di copertura delle spese, che devono essere identificate prioritariamente ed adeguate annualmente in base alle diverse esigenze e progetti correlati con gli obiettivi e la copertura delle spese del SSN.

Considerate le conseguenze determinate dai diversi fattori comportamentali, alimentari o meno, si potrebbe individuare una tassa di scopo in valore predeterminato e non percentuale sul prodotto per unità di consumo (al kg, per confezione, per unità di prodotto, al litro etc) che favorisca una riduzione dei consumi relativi e contemporaneamente copra i costi "integrativi" del SSN, selezionando, in particolare iniziative specifiche sul fumo di sigaretta, sull'alcool, su alimenti e bibite ad alta densità calorica, prevenzione degli incidenti domestici o stradali, obesità etc. Nel contempo, ove possibile, è indispensabile favorire il consumo dei prodotti e strumenti protettivi, anche con riduzioni del costo degli stessi (esenzione dalla tassazione o recupero fiscale etc).

In sintesi, questo modello tende a garantire il sistema sanitario sia in termini economici, anche a lungo termine, che di maggiore efficacia, a responsabilizzare il cittadino riguardo i propri comportamenti, e, nello spirito di libertà di scelta, a non pesare sull'intera comunità per scelte per-

sonali sulla propria salute, anche per riconvertire la spesa verso azioni produttive, di sviluppo, favorendo la ricerca e il rafforzamento dello stato di salute alla semplice riparazione del danno.

Di seguito, onde determinare costi e valutazioni di merito e di percorribilità sulla riflessione che è stata fin qui proposta è stata prodotta una analisi sulla produzione ed esazione del ticket nella provincia di Bergamo considerando i dati relativi all'intero impianto e modello esistente nel 2009. I dati sono estratti dalla BDA, banca dati assistiti, che raccoglie tutte le prestazioni eseguite sul territorio provinciale nei confronti di tutti i cittadini residenti ed altre fonti di dati relativi a questo argomento comunque disponibili.

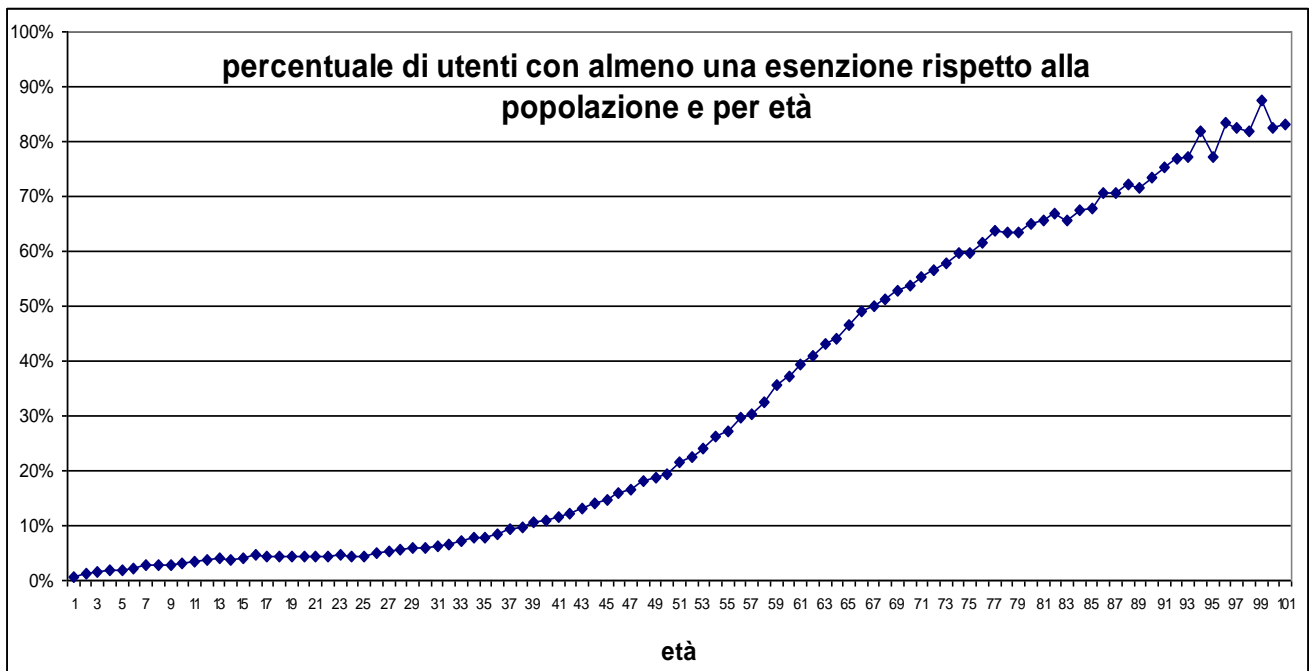
## **Materiali e metodi**

Per lo sviluppo di questo lavoro sono stati utilizzati i dati correntemente disponibili presso l'ASL della Provincia di Bergamo riferiti all'anno 2009, Asl che, al 31 dicembre 2009 contava 1.093.593 assistiti di cui esenti 246.551 per 355.510 esenzioni complessive (per patologia, invalidità civili, cecità, sordomuti, guerra, lavoro, servizio, etc.), circa il 22% dell'intera popolazione, escludendo le esenzioni per reddito.

La distribuzione della percentuale suddivisa per età per i cittadini con almeno una esenzione è presentata nel grafico 1.

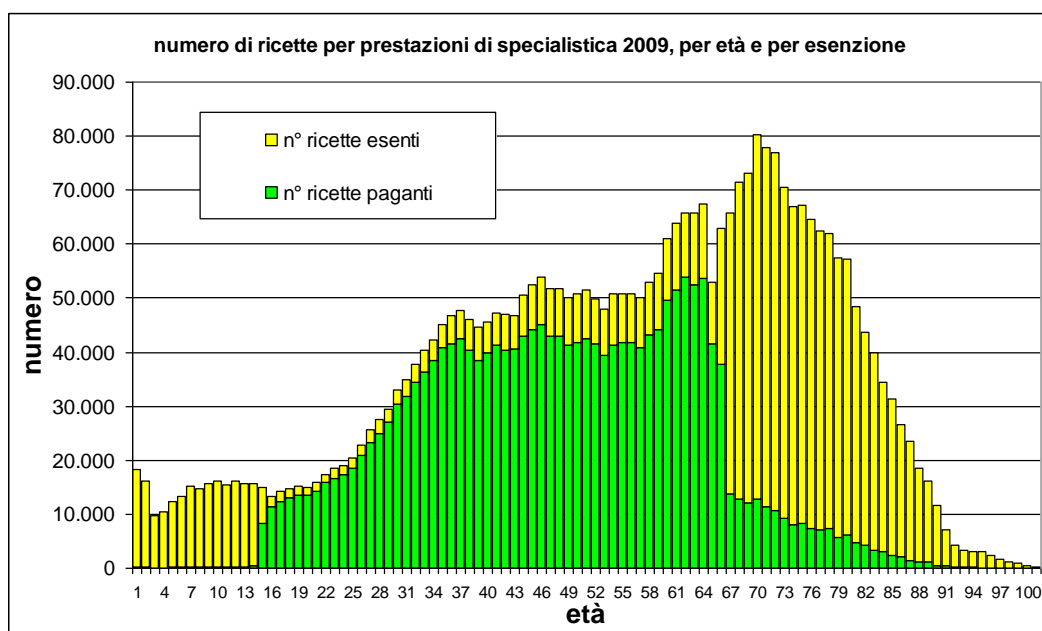
Come appare evidente, le esenzioni sono età- dipendenti, con un incremento significativo tra i 60 e i 75 anni. In età avanzata la percentuale delle esenzioni appare sempre più elevata sino a superare il 75% intorno ai 90 anni. Il 40% dei cittadini che sono esenti per patologia accedono alla certificazione dopo i 65 anni.

Grafico 1



Nel secondo grafico abbiamo invece il consumo assoluto di prestazioni (ricette) relativo ai cittadini della Provincia di Bergamo. In questo grafico viene evidenziata anche la distribuzione per età del numero delle prescrizioni per indagini specialistiche ambulatoriali che sono distinte tra esenti e non esenti. Come si evidenzia il numero di prescrizioni è molto elevato per i pazienti senza esenzioni e quindi per patologie intercorrenti od acute in attesa di diagnosi. Le ricette per pazienti esenti sono nettamente meno numerose sino ai 65 anni. Dopo questa età diventano fortemente prevalenti.

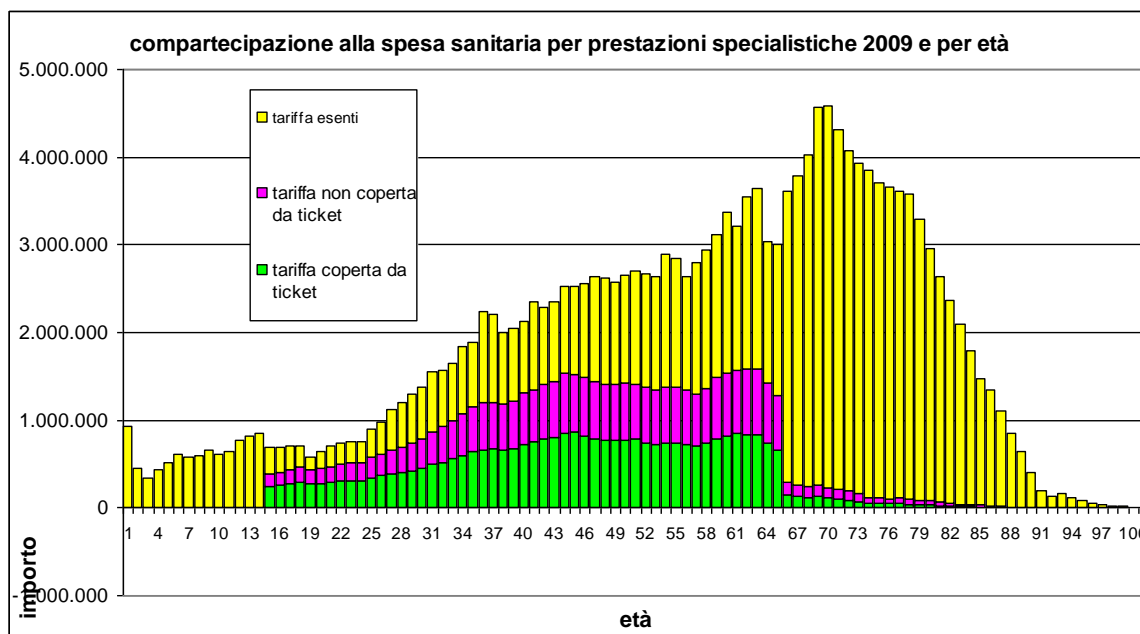
Grafico 2



Il valore delle prestazioni viene confrontato con il valore del ticket che è stato esatto. Come è possibile evidenziare dai dati generali, il ticket pesa per oltre il 50% del costo medio delle prestazioni eseguite da parte di chi ne ha l'obbligo per coprire interamente numerose prestazioni, in particolare visite specialistiche e laboratorio analisi. Le prestazioni diagnostiche strumentali, invece, vengono coperte per una quota parte relativamente modesta. La percentuale di copertura del ticket appare tendere ad una riduzione nel corso degli anni, anche in considerazione del diverso mix di prestazioni eseguite.

Inoltre, come si evidenzia dal valore delle prestazioni, vi è un crollo netto, sia in valore che nel numero delle ricette relative a partire dalla età di 65 anni, anno in cui vengono definite nuove esenzioni tra cui quelle per reddito, tanto da far diventare gli introiti del ticket del tutto relativi e poco influenti per la copertura delle spese del SSN. Nel contempo, come abbiamo potuto vedere dal grafico precedente, oltre il 50% delle esenzioni viene effettuato su cittadini ultra 65enni, con un significativo numero di accessi per definire e determinare questo diritto, con i relativi costi, che potremmo dire sono più elevati dei relativi introiti.

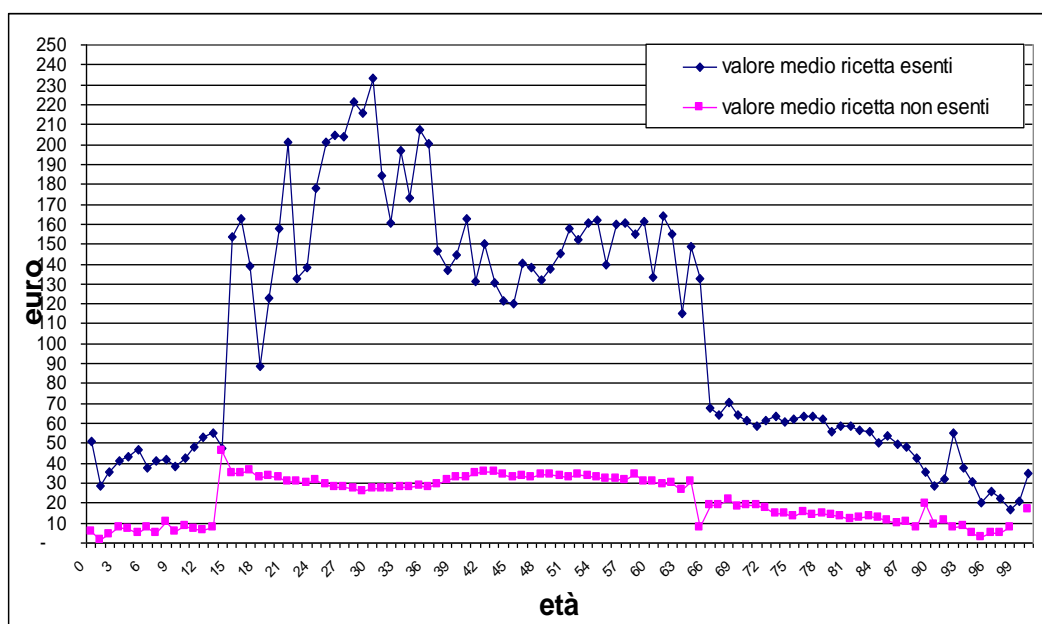
Grafico 3



Come nelle attese il consumo di prestazioni, riflesso dal numero di ricette, aumenta con l'aumentare dell'età. Il numero di ricette esenti è relativamente modesto nelle fasce di età 15-64 anni ma, come si osserva, non esiste una correlazione tra il numero di ricette non esenti e il dato economico.

Si osserva infatti (grafico seguente) che nella fascia di età 15-64 anni il valore medio della ricetta per gli esenti è molto superiore a quello dei non esenti considerato che i secondi hanno patologie intercorrenti e spesso di lieve entità. La differenza di costo medio/ ricetta incide significativamente sul costo globale della spesa del SSN.

Grafico 4



Questa analisi evidenzia alcune criticità relative all'utilizzo dello strumento ticket per la gestione della spesa, poiché incide in modo non significativo su alcune fasce di età ed è poco utile nella riduzione per l'utilizzo di tecnologie ad alto costo o nella eliminazione di prestazioni non indispensabili (mancata appropriatezza) nella gestione quotidiana del servizio sanitario. A fronte di questi dati di riferimento, si rileva che il valore economico incassato è di € 37.139.000 pari a circa il 15% della valorizzazione lorda delle prestazioni erogate che è di € 239.865.000.

Ma per incassare il ticket, è necessario costruire un impianto di determinazione del diritto, di verifica e di esazione regolare dello stesso, di controllo, che ha un costo di organizzazione, deve essere disponibile anche quando non ci sono esigenze di servizio, di verifica successiva, sia per la predisposizione della documentazione che per la verifica dell'introito. I costi riferiti non tengono conto delle esenzioni e dei controlli effettuati tramite la commissione invalidi, per reddito etc. Al servizio aziendale, che determina un aggravio certo di spesa, fa riscontro il costo per il cittadino per l'ottenimento di un diritto, con l'accesso ai servizi (e relativo utilizzo, per molti versi

improprio poiché non orientato alla diagnosi e cura ma alla mera esecuzione di una prestazione non clinica) incrementando i tempi di attesa per l'esecuzione delle relative prestazioni specialistiche oltre ai costi per garantire l'esecuzione della valutazione determinati da figure di supporto (parenti che si assentano dal lavoro) data l'età media dei cittadini e la loro criticità relativa, essendo affetti da patologie croniche o disabilità significative.

Abbiamo cercato, molto relativamente, di valutare il costo per ogni singolo atto da eseguire per l'ottenimento della esenzione e i costi di esazione del ticket a cui vanno aggiunte le code e i tempi di attesa dei cittadini per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche. Certamente non tutti i dati potranno essere considerati perfetti, ma riteniamo di aver cercato di evitare errori significativi nella determinazione dei relativi risultati. La spesa per l'utente è certamente più significativa di quanto segnalato ed anche i costi per i singoli operatori/ servizio sono stati resi con la cura di non eccedere nel valore di produzione.

L'esenzione dalla compartecipazione al costo delle prestazioni ambulatoriali avviene con un percorso che vede interessati il medico di famiglia del cittadino, un medico specialista e vario personale di sportello dell'ASL.

Nella Tabella 2 sono riportati i tempi stimati necessari per la conclusione di questo percorso ed i relativi costi compresi i costi indiretti per il paziente.

Tabella 2

MMG Minuti dedicati	Prenotazione Minuti dedicati	Prescrittore Minuti dedicati	Visite/esami (esecuzione -riti ferto -ticket)	Distretto Socio Sanitario	Tempo minuti	Costo SSNR
<b>15</b>					<b>15</b>	<b>€ 10</b>
	<b>10</b>				<b>10</b>	<b>€ 4</b>
		<b>15</b>			<b>15</b>	<b>€ 15</b>
			<b>60</b>		<b>60</b>	<b>€ 30</b>
		<b>15</b>			<b>15</b>	<b>€ 15</b>
<b>15</b>					<b>15</b>	<b>€ 10</b>
				<b>10</b>	<b>15</b>	<b>€ 4</b>
<b>Costi diretti</b>					<b>145</b>	<b>€ 92</b>
<b>Costi totali (diretti + 20 %)</b>						<b>€ 110</b>

Calcolo costo ora:

Medico Curante costo ora = costo 2009/ numero MMG 697\*8 ora giornaliera \*52 settimane \* 5 die = € 39 (costo sostenuto anche senza la vista)

Medico Specialista costo ora = € 60

Prenotazione costo ora = amministrativo 4° livello = € 25

Esami Laboratorio costo medio € 5

Radiologia costo medio € 62 Visite costo medio € 30

Costi indiretti = 20 % (sede, telefoni, ammortamenti)

Costo ora utente = € 10

Complessivamente si è quindi stimato che occorrono circa 145 minuti per l'ottenimento di una esenzione per un controvalore di 110 €.

Considerando che nel triennio 2007- 2009 la media di nuove esenzioni rilasciate da ASL Bergamo ammonta ad oltre 51mila si può stimare che il costo per il sistema per il solo rilascio dell'esenzione sia annualmente pari a circa 5.600.000 €



Tabella 3

ASL di Bergamo	2007	2008	2009
Nuove esenzioni	52.386	58.442	44.239
Relativo costo	€ 5.762.460	€ 6.428.620	€ 4.866.290

Per la prenotazione della prestazione ed il pagamento del ticket si è stimato che occorrono circa 9 minuti con un costo pari ad € 3,75. Il costo effettivo è possibile che sia superiore a quanto indicato poiché qui viene “ottimizzato” il tempo operatore, mentre, nella realtà in alcune fasce orarie non sempre vi è un utente in coda. Inoltre le esenzioni creano ulteriori tempi di consumo sia per le informazioni da erogare che nell’ambito delle correnti attività specialistiche per questioni che possono sopravvenire nel corso delle prestazioni. Non sempre le documentazioni disponibili sono idonee etc..

Considerando che nel corso del 2009 sono state rendicontate 3.631.000 prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di cui 1.969.000 soggette a pagamento ticket si stima un costo complessivo pari a € 13.846.500 per la sola gestione del ticket e la connessa procedura complementare di riconoscimento dell’esenzione. In alcuni casi anche gli esenti sono soggetti a documentare la loro esenzione presso gli sportelli amministrativi.

A fronte di questi costi di gestione sono stati incassati € 37.139.000 pari a circa il 15% della valorizzazione lorda delle prestazioni erogate (€ 239.865.000).

Tabella 4

Numero ricette Prestazioni specialistiche	Numero ricette Paganti Ticket	Costo SSNR	Totale
<b>3.631.000</b>		<b>€ 2,50</b>	<b>€ 9.077.000</b>
	<b>1.969.000</b>	<b>€ 1,25</b>	<b>€ 2.461.250</b>
<b>Costi diretti</b>			<b>€11.538.750</b>
<b>Costi indiretti 20 %</b>			<b>€ 2.307.750</b>
<b>Totale</b>			<b>€13.846.500</b>
<b>Totale lordo ASL</b>			<b>€ 239.865.000</b>
<b>Totale ticket</b>			<b>€ 37.139.000</b>
<b>% di spesa amministrativa</b>			<b>Circa 5 %</b>

Quindi se si eliminasse il ticket il sistema avrebbe disponibili minori risorse pari a circa € 23.500.000.

Come è possibile evidenziare dal mero calcolo del riferimento relativo all'introito del ticket, il costo medio per ricetta, escluse le spese, è di circa € 6,5 per ogni prescrizione.

Vogliamo introdurre alcuni elementi che costituiscono il riferimento per il modello che stiamo proponendo.

Abbiamo visto che il primo obiettivo di un sistema sanitario è quello di *preservare e migliorare la salute della popolazione*, pertanto riteniamo di dover considerare alcuni elementi che sono venuti ad acquisire importanza nel sistema di valutazione sanitario e di salute.

Il primo è certamente quello di individuare quali siano gli strumenti che oggi abbiamo, oltre la cura, per migliorare la qualità di vita e di salute della popolazione.

Dopo aver accennato, in precedenza, ad alcuni risultati di questa indagine, presentiamo un lavoro del 2009 sulla associazione tra salute e fattori di rischio (o protettivi) effettuato in Germania. I risultati sono evidenti ed evidenziati su 4 patologie significative ed ad alto costo sociale ed economico come l'infarto, l'ictus, i tumori ed il diabete.

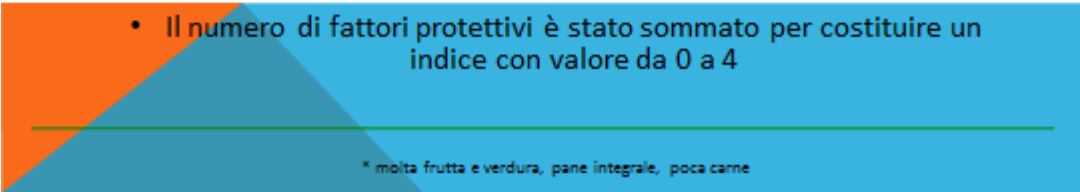
I fattori protettivi studiati sono il non aver mai fumato, la dieta equilibrata, il non essere obesi e lo svolgere attività fisica moderata (3,5 ore alla settimana). I risultati evidenziano una differenza estremamente significativa tra coloro che hanno adottato uno stile di vita "protettivo" a fronte di coloro che hanno un atteggiamento passivo o poco attento su questo argomento o francamente autolesionistico.

Il diabete ha un rischio di svilupparsi pari al 10% (rapporto 10 a 1) tra chi si applica e persegue questi fattori protettivi rispetto a coloro che hanno una totale disattenzione. Per l'infarto abbiamo un rapporto di 4 a 1 (da poco meno di 200000 casi a poco più di 50000) circa rispetto a coloro che non hanno fattori di protezione mentre per l'ictus il rischio si riduce al 50% (rapporto 2 a 1), per i tumori, seppure più modesto, il rischio si riduce al 65% (6,5 contro 10) tenuto comunque conto che gran parte delle patologie neoplastiche si evidenzia in età più avanzata.

---

## Metodi

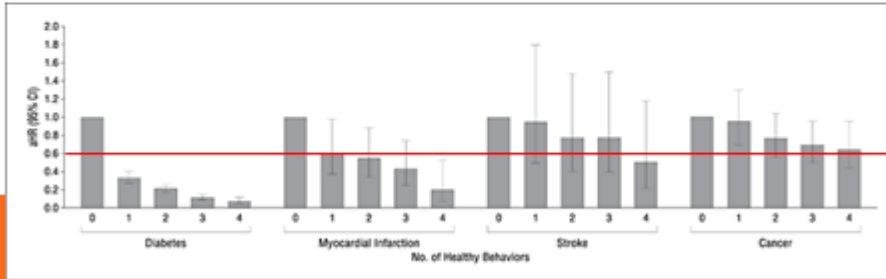
- 23 153 soggetti tedeschi tra 35 e 63 anni, seguiti per 7,8 anni
  - Fattori protettivi studiati:
    - 1) non aver mai fumato
    - 2) BMI<30
    - 3) 3,5 ore/sett di attività fisica
    - 4) dieta corretta\*

- 
- Il numero di fattori protettivi è stato sommato per costituire un indice con valore da 0 a 4

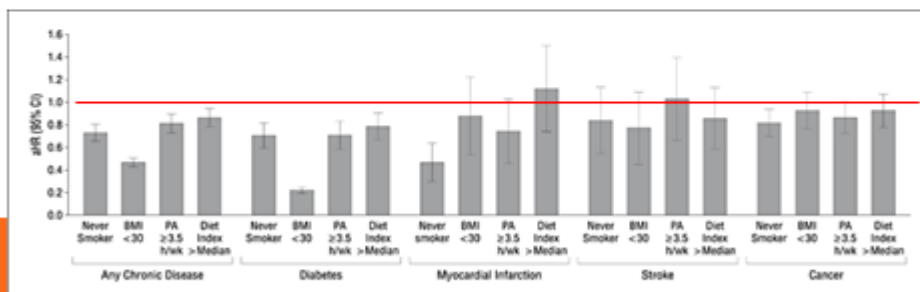
\* molta frutta e verdura, pane integrale, poca carne

## Living Is the Best Revenge

**Rischi relativi corretti (e relativi IC 95%) per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) in base al numero di fattori protettivi**



**Rischi relativi corretti (e relativi IC95%) per gli eventi in esame (diabete, infarto, ictus, cancro) per fattore protettivo**



Dalle raccomandazione del WCRF (World Cancer Research Fund) noi abbiamo anche queste indicazioni.

**1. mantieni il peso sotto controllo  
per tutta la vita**

RACCOMANDAZIONI WCRF 2007:  
STILE DI VITA PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI

### **Benefici della perdita del 10 % del peso iniziale**

Mortalità	>20% ↓ nella mortalità totale >30% ↓ nelle morti diabete-correlate >40% ↓ nelle morti per neoplasie obesità correlate
Pressione arteriosa	↓ ~10mmHg
Diabete	↓ 50% della glicemia a digiuno
Lipidi	↓ 10% nel colesterolo totale ↓ 15% nelle LDL ↓ 30% nei trigliceridi ↑ 8% nelle HDL

AGA Gastroenterology 2002; 125: 882-882.

Non stiamo costruendo un documento completo su questo argomento ma soltanto portando cenni per una valutazione delle motivazioni che ci conducono a fare una proposta alternativa rispetto a quanto attualmente in vigore.

In questo senso sono presentate le figure successive, a mero titolo indicativo, che evidenziano i vantaggi relativi o i rischi per l'utilizzo di determinati prodotti alimentari e non solo.



## Tumori e stile di vita: le evidenze scientifiche

SEDE	AUMENTO DEL RISCHIO	RIDUZIONE DEL RISCHIO
<b>POLMONE</b>	Fumo Beta- Carotene come integratore	Frutta , alimenti conteneti carotenoidi
<b>MAMMELLA</b>	Alcool Grasso corporeo/ addominale (aumentato del 50% in post-menopausa)	Allattamento Attività fisica
<b>ENDOMETRIO</b>	Grasso corporeo/ addominale (rischio 3 v più elevato nelle donne in eccesso ponderale)	Frutta e verdura Attività fisica
<b>RENE</b>	Grasso corporeo (30% cancro in ambo i sessi)	
<b>COLECISTI</b>	Grasso corporeo	
<b>PROSTATA</b>	Grasso corporeo/ addominale Diete ricche in calcio	Alimenti ricchi in licopene, selenio

**WCRF 2007**

*Diet, Nutrition and the prevention of chronic disease, WHO report 2003*



## Tumori e stile di vita: le evidenze scientifiche

SEDE	AUMENTO DEL RISCHIO	RIDUZIONE DEL RISCHIO
<b>CAVITÀ ORALE FARINGE ESOFAGO</b>	Alcool Fumo di tabacco Bevande e alimenti molto caldi Grasso corporeo (esofago)	Vegetali non amidacei e frutta (Nei Paesi Industrializzati 75% alcool e tabacco, Nei Paesi in via di sviluppo 60% da carenza micronutrienti )
<b>STOMACO</b>	Prodotti trasformati (carni) e sale	Vegetali non amidacei e frutta
<b>COLON-RETTO</b>	Carni rosse/trasformate Grasso corporeo/addominale Alcool	Attività fisica Frutta, verdura, fibre, latte/ calcio, aglio
<b>FEGATO</b>	Alcool Aflatossine	
<b>PANCREAS</b>	Grasso corporeo/addominale	Vegetali (folati)

**WCRF 2007**

*Diet, Nutrition and the prevention of chronic disease, WHO report 2003*

L'eliminazione di tabacco, alcool ed una corretta selezione della dieta potrebbe ridurre la frequenza dei tumori e di altre patologie in modo significativo, creando le premesse per una salute migliore ed un servizio sanitario molto meno costoso.

Se consideriamo che per l'ictus la spesa globale, sanitaria, sociale, lavorativa, assistenziale etc, si aggira intorno ai 12- 13 miliardi di €/ anno, la semplice riduzione del 10- 15% della patologia coprirebbe, da solo, ampiamente il mancato introito definito dall'assenza del ticket.



QUOTA DI MORTE PER TUMORE ATTRIBUITA AI DIVERSI FATTORI SULLA BASE DELLE  
ATTUALI CONOSCENZE

Fattori di rischio	% di tutti i morti per tumore	
	Stima più verosimile	Intervallo accettabile
Tabacco	30	25 – 40
Alcool	3	2 – 4
Dieta	35	10 – 70
Additivi Alimentari	< 1	-5 – 2*
Fattori riproduttivi e sessuali	7	1 – 13
Occupazione	4	2 – 8
Inquinamento	2	< 1 – 5
Prodotti industriali	< 1	< 1 – 2
Farmaci e trattamenti medici	1	< 1 – 3
Fattori geofisici (radiazioni)	3	2 – 4
Infezioni	10?	1 - ?
Fattori ignoti	?	?

\*Tenendo conto del potenziale effetto protettivo degli antiossidanti e dei conservanti

(fonte Cro di Aviano)

Ma il nostro obiettivo non è l'eliminazione di introiti diretti da parte del SSN, poiché, comunque, nel breve periodo la frequenza e gravità delle patologie permarrrebbe, oltre alla aleatorietà dei comportamenti dei cittadini rispetto a queste scelte, ma individuare un altro modello di recupero delle quote utili a garantire i servizi sanitari.

Per una valutazione di merito abbiamo fatto una proiezione molto limitata, solo su alcuni prodotti. L'obiettivo era solo di evidenziare la percorribilità della proposta. Infatti, ove questa proposta avesse l'opportunità di essere realizzata, sono ben di più i prodotti su cui va estesa questa tassa di scopo, con la conseguenza di ridurre ancora di più, ed in modo significativo, l'incremento di costo sui singoli prodotti. Ad esempio, bibite ad alta densità calorica e formaggi sono stati esclusi dal conteggio ma ne dovrebbero far parte integrante, così come il sale e molti altri prodotti alimentari contenenti le sostanze che possono determinare i rischi o i danni segnalati nelle note precedenti. Altro settore è la sicurezza o i prodotti sulla sicurezza che dovrebbero avere una particolare attenzione per un utilizzo diffuso ed appropriato, facilitandone l'acquisizione.

Ribadiamo che l'analisi è estremamente limitata nella selezione dei prodotti da esaminare nel "paniere" per quantificare una riduzione dei fattori di rischio individuali e della comunità. Vale unicamente per evidenziare la bassa incidenza, in termini di valore ed economie, della tassa di scopo di cui abbiamo accennato in precedenza.

I prodotti da inserire nel "paniere" vanno naturalmente valutati con attenzione e la scelta deve favorire una qualità di vita e di salute più elevata per l'intera comunità.

Vengono proposte alcune schede esemplificative circa l'importanza di alcuni fattori di rischio nelle tabelle successive.

Il costo relativo a questo incremento nei confronti dei diversi prodotti non va ad appesantire la spesa generale come tassazione, ma la sostituisce e la riduce per effetto della minore spesa per la produzione del ticket, determinando un risparmio per l'intero sistema.

La quota relativa da compensare potrebbe anche tenere conto delle esigenze di investimento che il SSN sembra avere per riqualificare le proprie strutture e le tecnologie disponibili e a cui non sempre riesce a dare risposta e quindi consentirebbe di attivare meccanismi miglioramento e riqualificazione del servizio.



Pertanto sono stati inseriti sigarette, alcool, grassi di origine animale (burro), carne rossa e, naturalmente, la benzina, croce e delizia di tutte le azioni di incremento di tassazione. In questo caso rientra per il rischio biologico legato al maggiore inquinamento.

I conteggi hanno tenuto conto, sempre per mere ragioni contabili, di una valutazione relativa nella selezione della quota di contributo.

Sui 23 milioni di € il 67% è stato attribuito al tabacco (i costi per patologie determinati dal tabacco, assistenza etc sono estremamente elevati) ma lo è per mero esempio, portando ad un incremento relativo del 7% del costo del prodotto.

Tabella 5

Bene di consumo	Consumo procapite	Consumo anno	Percentuale di partecipazione	Maggior introito	Impatto sul prodotto
Tabacco <sup>1</sup>	13 sigarette/ die (21,7% della popolazione)	56.636.569 pacchetti	67%	15.642.345	€ 0,28
Superalcolici <sup>2</sup>	0,9 l (40% alcool)/ pro capite/anno	990.000 litri (40% alcool)/ pro capite/ anno	8 %	1.980.000	€ 2,00
Carne rossa <sup>3</sup>	62 kg/anno	68.206.000 kg /anno	5 %	1.174.823	€ 0,02
Burro <sup>4</sup>	2,5 kg/anno	2.750.242 kg /anno	5%	1.174.823	€ 0,43
Benzina <sup>5 6</sup> (centesimo sanitario)	431/KEP/abitante/anno	352.446.900 litri benzina e gasolio	15 %	3.524.469	€ 0,01
<b>totale</b>				<b>23.496.460</b>	

1 Fonte dei dati indagine Doxa-ISS2010 OSSFAD

2 Fonte dei dati Italy and Alcohol: a country profile 2007 Osservatorio permanente sui Giovani e l'Alcool Quaderno n. 19

3 Fonte dei dati

"The global benefits of eating less meat", CIWF Trust, 2004 [Kirby2004] Alex Kirby,

"Hungry world 'must eat less meat'", BBC News Online, August 15 2004 [Pimentel1997]

Pimentel D., Houser J., Preiss E., White O., "Water Resources: Agriculture, the Environment, and Society", Bioscience, February 1997 Vol. 47 No. 2. [WHO/FAO2002] WHO/FAO, Diet, nutrition, and the prevention of chronic disease. Report of the Joint WHO/FAO expert consultation, 26 April 2002.

4 Fonte ISMEA

5 Fonte Relazione Ecosistema Urbano XVI 2010

6 Fonte Decentramento politico e decentramento fiscale: l'esperienza spagnola - Alvaro Rodríguez Bereijo- Universidad autónoma de Madrid- Ottobre 2006

L'incidenza a livello di spesa individuale di queste variazioni è così quantificabile:

- per le sigarette un cittadino spende di media € 1.048 all'anno (costo medio pacchetto € 4.10) con l'aumento considerato spenderebbe € 72 in più per un totale di € 1.120;
- per i superalcolici un cittadino spende di media € 364 all'anno con l'aumento considerato spenderebbe € 10,4 in più per un totale di € 374,10;
- per la carne rossa un cittadino spende di media € 930 all'anno (62 kg x € 15 al Kg) con l'aumento considerato spenderebbe € 1,24 in più per un totale di € 931,24;
- per il burro un cittadino spende di media € 20 all'anno (costo al kg 8 Euro) con l'aumento considerato spenderebbe € 1 in più per un totale di € 21;
- per la benzina un cittadino spende di media € 431 all'anno (costo al litro 1,350 Euro per 319 litri) con l'aumento considerato spenderebbe € 4,31 in più per un totale di € 435,1

## Sintesi

Appare evidente, da quanto sviluppato nel corso di questo capitolo, che la sostituzione del ticket in pagamento diretto da parte di un numero limitato di cittadini per i quali rappresenta un mero aggravio economico e non crea presupposti di miglioramento di salute o di equità a fronte di un prelievo indiretto potrebbe risolvere comunque il primo problema, e cioè l'unico a cui da risposta l'esazione del ticket, far fronte al rispetto del bilancio.

Risponde inoltre al bisogno equitativo della popolazione poiché consente a tutti di accedere adeguatamente al servizio di cui ognuno ha esigenza, eliminando inoltre tutte le inutili code a cui il cittadino è troppo spesso costretto per usufruire di una prestazione sanitaria. Inoltre aggiunge un ulteriore elemento di equità tra tutti i cittadini Italiani, e cioè che il contributo viene esteso a tutta la popolazione e non soltanto ai cittadini delle Regioni ove è vigente il prelievo. Con questo sistema il contributo viene esteso anche a tutti coloro che sono temporaneamente presenti in Italia andando a ridurre ulteriormente il costo per singolo cittadino.

Certamente risponde anche alla riferimento di *“preservare e migliorare la salute della popolazione”*.

L'ultima questione, che non abbiamo trattato in precedenza è se *risponde alle aspettative e alle esigenze della popolazione e dei singoli cittadini*.

Il ticket, così come è espresso attualmente non appare assolutamente rispondere alle aspettative dei cittadini e della popolazione. Nella nuova individuazione, che elimina code, servizi e un notevole impegno di tempo, oltre alle prestazioni specialistiche che potranno essere dedicate ad attività prettamente sanitarie e non meramente amministrative, crediamo che possa certamente favorire un risultato di maggiore soddisfazione rispetto alle aspettative ed alle esigenze in generale e nello specifico dei bisogni propri.

La scelta di ricorrere a strumenti indirettamente legati alla salute ha, per molti aspetti, l'utilità di non evidenziare direttamente una spesa, ma rappresenta, ed è certamente significativo, un modello per ridurre l'accesso a prodotti o attività che non favoriscono la salute, un piccolo gradino per dare moderazione a comportamenti che sono certamente utili a finalizzare scelte più opportune per la propria vita ed il proprio benessere. Creare una limitazione all'accesso per i giovani fumatori riduce i rischi e le patologie che ne conseguono. Oltretutto l'età media di inizio è certamente più precoce rispetto al passato e i danni procurati sono più gravi per l'immatunità fisica relativa dei nuovi consumatori di tabacco. E così il ticket diventerebbe un *ticket modérateur* del danno.

# Le policies per la promozione della Salute

G. Imbalzano M.G. Silvestri M. Credali

*“se non sapete con certezza dove volete andare, rischiate di ritrovarvi altrove e di non accorgervene”*

*Mager*

Dare sintesi in poche pagine ad un argomento così vasto è un tentativo che riteniamo utile per integrare e coordinare questo settore con il progetto di revisione organizzativa del SSN anche nella logica delle opportunità di sviluppare azioni che promuovano salute da parte della comunità. Qui vogliamo cogliere e far cogliere le possibilità esistenti nelle differenti realtà per sottolineare e inserire le iniziative che ognuna può creare per determinare un beneficio ai singoli o alla comunità stessa, qualunque essa sia.

La documentazione e le indicazioni proposte sono sintesi e fanno riferimento ad esperienze, progetti e piani di intervento pluriennali che sono stati sviluppati in più realtà territoriali vaste e cercano di dare una visione delle modalità con cui questi interventi possono essere diffusi e applicati. In questo senso faremo una breve rilettura dei percorsi e delle definizioni che crediamo debbano essere approfondite per comprendere in modo meno intuitivo problematiche e modalità di espressione delle singole aree indirizzate alla prevenzione.

L'attività di prevenzione, di protezione e di promozione della salute è molto complessa e coinvolge la persona nel suo insieme. Possiamo considerare che la malattia è un elemento passivo, la subiamo, nella sua espressione fenomenologica, mentre la ricerca del benessere è un fenomeno attivo e fortemente ricercato dal singolo e dalla comunità.

Cosa possa essere considerato benessere è poi elemento arduo da valutare, data la diversa visione sociale e culturale di ognuno di noi. Le diverse modalità di espressione o soddisfazione del proprio desiderio sono strumento di discussione sociale e di sviluppo della comunità. Noi vogliamo trattare l'argomento solo come valore aggiunto di salute, che non sempre appare essere il desiderio del singolo.

L'educazione alla salute è un metodo di intervento complesso che coinvolge l'intera comunità. Gli interventi sporadici o finalizzati a singole azioni specifiche non possono essere inserite che in una azione di informazione sanitaria o di educazione sanitaria.

Le differenti definizioni sono esplicitate nel box 1.

La partecipazione organica e compiuta alle azioni di educazione alla salute ha come obiettivo la riduzione dei fattori di rischio generici e specifici individuali, e quindi per l'intera comunità, e lo sviluppo di comportamenti e azioni corrette che vadano a rafforzare lo stato di salute delle persone coinvolte nelle iniziative stesse.

Le **3 P** di **Prevenire- Proteggere- Promuovere** sono l'elemento fondamentale di un sistema integrato e organico indispensabile per promuovere un intervento che tenga conto della somma dei rischi individuali e quindi tenda a ridimensionare, quantitativamente e qualitativamente, gli stessi. Da notare che la riduzione dei rischi individuali potenzia la riduzione dei rischi della comunità mediante un effetto fortemente sinergico.

Il progetto "Educarsi alla Salute", svolto nelle Asl di Lodi e poi di Bergamo negli anni 2003-2010, da cui viene tratta questa sintesi programmatica e gestionale, e che in questo contributo viene descritto sommariamente, ha 6 aree di intervento che sono, nella loro interazione, la somma delle azioni preventive e dei fattori di rischio e di rafforzamento che devono essere agiti per ridurre i danni procurati alla comunità dalla scarsa attenzione ai cosiddetti "fattori prevenibili". La conoscenza di alcuni fattori di rischio e la somma degli stessi sono elemento fondamentale per la gestione del "rischio individuale" che deve diventare il focus di conoscenza e di azione per la riduzione del "danno" per il singolo e quindi per la comunità. Al fine di creare le opportunità di realizzazione di un sistema organico in ambito sociale, è indispensabile che le singole realtà operative ed amministrative ("agenzie") siano in grado di intervenire rispetto al loro proprio ruolo in modo da attivare le potenzialità che hanno in essere.

Intervenire sulla azione "riduzione del rischio stradale" è differente se ad agire è una ASL, un Comune, una società di trasporti o una scuola. Tutti gli interventi hanno il medesimo obiettivo, lo stesso sistema di valori prevalenti ed obiettivi, e se svolti in collaborazione, in coerenza,

in armonia e in sincronia possono avere migliori e più efficaci risultati con un effetto sinergico di rafforzamento reciproco. Per favorire una azione organica dove, in un sistema complesso come il nostro, è necessaria una interazione organizzativa e di relazione comunicativa significativa, è altresì indispensabile evidenziare le aree di intervento delle singole “agenzie” territoriali che, comunque, tutte, possono avere compiti didattici e formativi per la comunità nel suo insieme e per le singole persone, ognuna nell’ambito della propria specifica attività e mission.

### **Le policies.**

Sono strumenti di sintesi ed orientamento che consentono di “leggere” le aree nelle quali le singole “agenzie” possono avere una loro logica ed opportuna azione favorente un risultato di salute. In particolare consentono una pianificazione strategica di lungo termine, con i principi mutuati dal TQM e tendono al miglioramento organizzativo continuo mediante lo sviluppo di specifici obiettivi strategici comuni. Questo modello consente di sviluppare una politica della qualità nei confronti delle persone (dipendenti e clienti in senso ampio) e verso la comunità di riferimento. Lavorare con una policy orienta al risultato e focalizza l’organizzazione sui punti fondamentali senza disperdere azioni ed interventi. L’obiettivo della comunicazione, sia interna che esterna all’agenzia, è quello di dare una vision strategica e ben orientata, non ambigua ed eccessivamente articolata. E’ indispensabile che questa azione venga sviluppata attivando una ampia partecipazione, sia interna che nei confronti della “clientela” di riferimento per l’agenzia”. Le azioni che ne deriveranno saranno l’esito di scelte condivise (con un obiettivo preciso, naturalmente) e non imposte. In questo modo si integra ed incoraggia la cooperazione interdisciplinare per la realizzazione del cambiamento con una pianificazione sistematica e, se possibile, anche sistemica.

Questo modello consente di sviluppare anche una enfasi sulla comprensione, in forma organica, dei problemi e non solo la proposizione di soluzioni puntuali per singole situazioni critiche. L’organizzazione ne trae significativo vantaggio poiché vi è una ampia convergenza di azioni su obiettivi comuni di alto valore sociale e culturale. E’ necessaria una implementazione rigida e

richiede un impegno a lungo termine, molta attenzione e pazienza da parte dei dirigenti “senior” delle “agenzie” coinvolte. E’ indispensabile che l’intera organizzazione comprenda quali siano gli obiettivi a lungo termine e partecipi attivamente, con una verifica periodica dei processi e del risultato. La descrizione delle aree di progetto dell’intervento di educazione alla salute sviluppato verrà descritto in modo molto sintetico (in forma di obiettivi) nel prosieguo di questo capitolo.

Il progetto, particolarmente complesso, prevede la partecipazione dell’intera comunità e la revisione delle modalità di approccio al rischio con l’obiettivo di determinare la **mitigazione dei rischi** esistenti in ambito sociale e sanitario.

## **BOX 1**

### **Informazione, educazione sanitaria, educazione alla salute**

**Informazione sanitaria:** è la somministrazione di notizie ricevute passivamente dal destinatario.

**Educazione sanitaria:** è un intervento sociale che tende a modificare consapevolmente e durvolmente il comportamento delle persone in relazione ai problemi connessi con la salute.

**Educazione alla salute:** è una metodologia educativa che cerca di costruire convincimenti, abitudini, comportamenti atti a tutelare il benessere della persona. L’educazione alla salute è fondamentalmente differente dal modello “medico” di salute, in cui le attività sono imposte alle persone come “buone per la salute”. L’educazione alla salute è uno degli elementi portanti della formazione della persona. La promozione della salute è dunque un processo facilitativo, inteso a mettere le persone in grado di prendere decisioni sulla propria vita.

**Educazione alla salute di tipo informale:** è un intervento con cui si intende creare un’atmosfera di benessere e di motivazione mediante:

- rapporti interpersonali improntati alla serena comunicazione
- recupero delle potenzialità inesprese
- rispetto dei ritmi personali
- attenzione all’insorgenza di eventuali fattori di disadattamento ed emarginazione
- valorizzazione delle motivazioni profonde, ecc...

**Educazione alla salute di tipo formale:** è affidata più specificamente a interventi in cui si potranno inserire informazioni e documentazione corretta sui fattori di rischio, sulle modalità per prevenire i danni e sui mezzi e strumenti che lo sviluppo tecnologico nei vari campi ha messo a disposizione dell’uomo per la difesa della vita e la conservazione della salute.

**Educazione alla salute di tipo promozionale:** è una metodologia educativa che tende a sollecitare l’individuo ad assumersi responsabilità per quanto concerne la salute propria e altrui e, nello stesso tempo, a sviluppare le proprie attitudini, a inserirsi consapevolmente nella vita della comunità di cui è membro e a parteciparvi in modo costruttivo.



## BOX 2

### Definizione del concetto di salute

Prendiamo in considerazione alcune definizioni di salute, recenti e diverse tra loro:

“La salute non è semplicemente l’assenza di malattia, è qualcosa di positivo, un’attitudine felice verso la vita e una lieta accettazione delle responsabilità che la vita stessa comporta per l’individuo” (Sigerist, 1941).

**“La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente in un’assenza di malattia o di infermità” (Atto di Fondazione OMS, 1946).**

“La salute è espressa da livelli di resistenza alla malattia” (Gordon, 1953).

“La salute è il prodotto di una relazione armoniosa tra l’uomo e la sua ecologia” (Rossdale, 1965).

“La salute è lo stato di capacità ottimale di un individuo nell’efficace svolgimento dei ruoli e dei compiti per i quali egli è stato socializzato” (Person, 1972).

“La salute è l’adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente” (Wyle, 1970).

“Stato di salute è una condizione di continuo adattamento e perfezionantesi equilibrio tra l’organismo (corpo e psiche) e l’ambiente naturale e sociale, fino al raggiungimento del completo benessere fisico, psichico, spirituale, sessuale, ecologico. Il termine benessere va preso nelle sue accezioni di benessere oggettivo (star bene), soggettivo (sentirsi bene) e psicologico (sapere ed essere convinti di star bene)” (Bo, 1977).

-----fine box 2-----

Noi vogliamo integrare le diverse definizioni di “Salute” con la seguente, che tenta di rendere più equilibrato il modello di riferimento e intende offrire l’opportunità di una riflessione condivisa, ma non acritica, tra tutti i componenti del sistema, puntando in particolare l’accento sulla salute come mezzo e non come fine della vita di ognuno:

*“La Salute è un bene perfettibile dato da una condizione dinamica di benessere psichico, fisico, sociale e ambientale, coincidente nella sensazione soggettiva e obiettiva dell’individuo che permetta un completo sviluppo delle proprie capacità”.*

Come evidente, oltre a non essere più un obiettivo specifico ma uno strumento per la realizzazione della persona, secondo questa ottica, la Salute è una condizione in continua evoluzione determinata dai cambiamenti di stato, di luogo e di tempo che coinvolgono noi tutti; inoltre deve avere un riconoscimento soggettivo di soddisfazione e oggettivo di equilibrio - per quanto questa definizione possa apparire imperfetta poiché comunque soggettiva, socialmente o scienti-

ficamente e in continua evoluzione - e deve portare non alla soddisfazione e al mantenimento di un completo e perpetuo benessere, ma alla realizzazione personale del singolo in termini sociali, fisici e psicologici, e al migliore livello possibile di partecipazione e coinvolgimento nella comunità. Anche questa definizione può apparire “positivista” e risente fortemente delle indicazioni “sociali” e della cultura della comunità in cui la persona è inserita. Ma la valutazione di Salute deve in questo caso porsi chiaramente come confronto tra la persona e la propria comunità, quindi più come elemento “relativo” che oggettivo.

La salute, secondo questa prospettiva, è lungi dal potersi definire “perfetta” o “completa”, ma pone le basi per precisare meglio il concetto di qualità della vita, visto anche come modello sociale e relazionale e non soltanto come confronto con la propria individuale soddisfazione (questa del resto non sempre porta a un effettivo stato di completo benessere, ma può tendere a eccedere in funzione del proprio soggettivismo, sino a diventare essa stessa una condizione di grave malessere). Abbiamo selezionato alcune definizioni di Salute ( BOX 2), non per confronto, ma come integrazione delle valutazioni e diverse modalità di espressione che ne possono derivare. Abbiamo, nella prospettiva di lettura e definizione, visioni naturalistiche, sociologiche ed antropologiche. Il nostro tentativo è stato di identificare una definizione funzionale e non eccessivamente soggettiva.

Si introduce, con questa nostra definizione, un ulteriore elemento nel nostro sistema di valori prevalenti, la “realizzazione della persona”. In questo modo il sistema sanitario e la salute non sono prevalenti e diventano strumento, e non obiettivo, delle attività umane. La completa realizzazione della Persona è l’obiettivo finale. E la Salute ne è uno degli strumenti, e degli obiettivi, più importanti ed efficaci. Si modifica, con questa definizione, il bisogno di Salute, che non è più infinito, seppure può restare indeterminato, ma comunque con un riferimento, seppure soggettivo, peraltro inserito in un concetto di “normatività”.

Per lo sviluppo di un intervento di Promozione della Salute nella logica delle tecniche di Project Management è necessario che il piano di progetto preveda azioni finalizzate al raggiungimento di obiettivi primari che vengono di norma indicati con il termine di “*Policy*”.

Le Policies sono quindi da intendersi come macro obiettivi correlati a problemi di tipo collettivo, adottati da soggetti di carattere pubblico e privato coinvolti nel processo di promozione della salute e perseguiti con azioni che possono essere concretamente realizzate.

Occorre considerare che:

- le Policies devono essere definite in relazione all'area di intervento (es. Alimentazione ) da chi esercita la *governance* della rete di comunità coinvolta nel progetto di prevenzione in coerenza con principi di Health Promotion Policies e nell'ambito degli Organi operativi di governo del processo ( Es. individuazione di un comitato guida)
- le Policies devono essere adottate dai diversi Stakeholders in relazione alla loro specifica area di competenza/interesse (trasferibilità delle Policies nelle diverse realtà)
- le Policies costituiscono il presupposto ad azioni che non è possibile definire a priori, ma che devono essere definite, caso per caso e in autonomia dai soggetti interessati eventualmente sulla base di alcune ipotesi di carattere generale formulate da tavoli di coordinamento e rimodulate, se applicabili, nello specifico contesto.

Le Policies dovrebbero essere fondate su flessibilità e pragmatismo e rappresentare l'implementazione, a livello locale e modificabile secondo i diversi contesti, di logiche di Sanità Pubblica supportate dalla evidenza scientifica, al fine di perseguire il principio della EUPHA (European Public Health Association):

*“Pensa in maniera globale e agisci secondo il contesto locale”.*

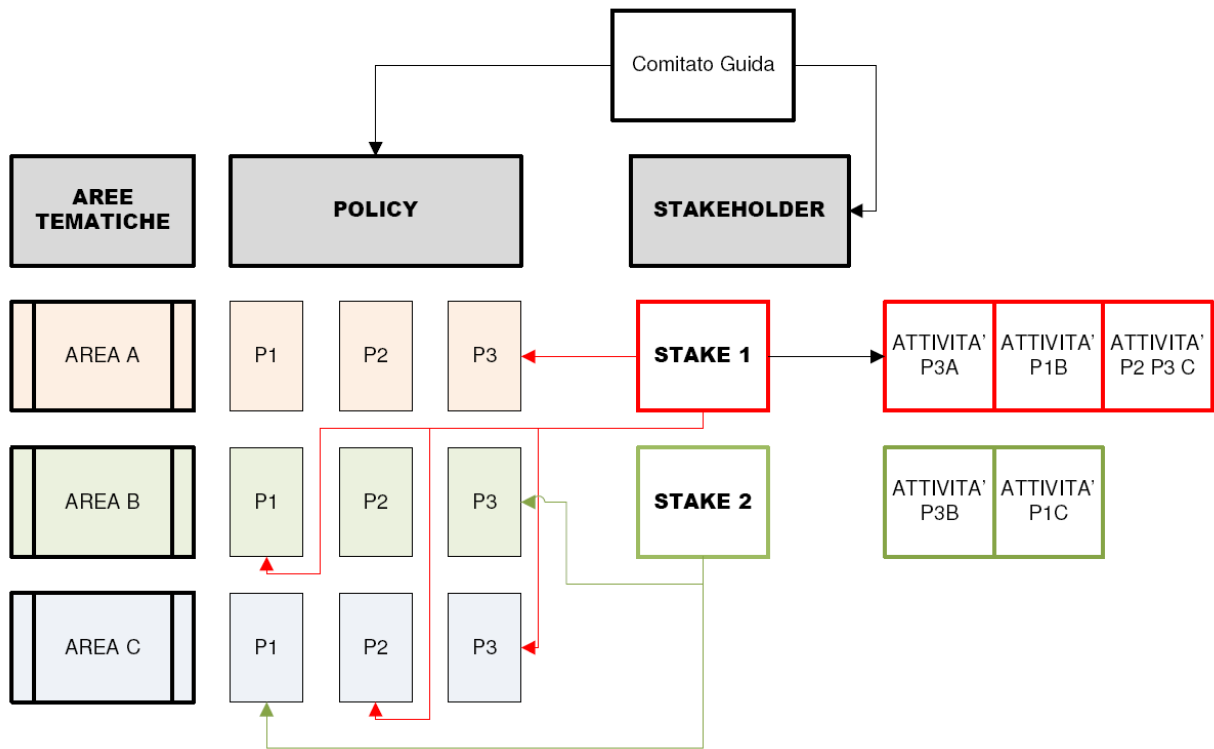
Le Policies devono essere basate su obiettivi di salute più che sulle malattie nel senso di pianificare obiettivi ed azioni non sulle carenze (malattie, comportamenti scorretti), quanto invece sugli aspetti positivi (benessere) in quanto comunità ed individui raramente progrediscono

sulla base delle loro debolezze, ma viceversa sui loro punti di forza ed è molto importante favorire lo sviluppo di un ambiente favorevole.

L'adozione di una policy per la salute si basa sui seguenti principi generali:

- I comportamenti correlati alla salute sono, in gran parte, *modificabili* (aspetti psicologici, fattori culturali, condizioni facilitanti legati all'offerta commerciale...) e, di conseguenza, sono razionalmente percorribili azioni volte ad un loro cambiamento nel senso desiderato.
- Gli attori pubblici e privati possono svolgere un ruolo determinante nel promuovere decisioni corrette da parte dei cittadini e nel favorire la capacità di compiere scelte orientate ad uno stile di vita corretto: le loro azioni possono completare le politiche istituzionali e le iniziative legislative nazionali e sovranazionali.
- Le proposte di modifiche di comportamento devono essere supportate da *adeguate basi scientifiche e da evidenze di efficacia*.
- Le politiche adottate dalle istituzioni, dalle collettività e le scelte dei singoli devono essere *sostenibili anche in termini economici*.
- Le modifiche ai comportamenti debbono comunque considerare anche gli aspetti psicologici e sociali del cambiamento ed essere introdotte con "gradualità" ed "equilibrio"

## Il Modello della Policy



Nelle sezioni che seguono vengono sinteticamente descritte le Policies relative alle seguenti aree tematiche:

**Alimentazione e Attività fisica (Alimentare la Salute):** sono fattori determinanti nell'influenzare lo stato di salute.

Una corretta alimentazione, unita ad un'attività fisica regolare, influenza positivamente lo stato di salute. In questo ambito va valutata anche l'ecologia alimentare (selezione dei prodotti in base ai vantaggi generali per la comunità), oltre ad altri, tra cui,

- la riduzione degli sprechi
- la riduzione dei consumi energetici nella produzione e preparazione dei cibi
- la valutazione del rapporto costo/ beneficio per la produzione degli alimenti
- l'utilizzo di prodotti a km 0
- le modifiche dei comportamenti sociali (mense, distribuzione etc.), in modo da migliorare l'equilibrio socio economico qualificando, nel contempo, le scelte nutrizionali e comportamentali del singolo e della comunità.

**Sicurezza Stradale (Viaggiamo nel Futuro):** La prevenzione degli incidenti e la promozione di una mobilità che favorisca l'attività fisica regolare devono essere un obiettivo di tutta la Comunità. Corretto uso dei mezzi di locomozione compresa la valutazione dei problemi legati all'inquinamento, car pooling, car sharing etc

Utilizzo dei mezzi di mobilità individuali (piedi, bicicletta, moto etc) e pubblici o sociali (autobus/ pullman/ treno/ aereo/ nave/ etc) anche con l'obiettivo di ridurre costi e consumi legati alla movimentazione e alle attività del trasporto (prodotti zero km etc).

Utilizzo di strumenti che possano eliminare i rischi, i fattori di rischio e i trasferimenti non indispensabili compreso lo sviluppo del telelavoro, la gestione di incontri o la formazione a distanza etc

**Fumo di tabacco:** è riconosciuto come il principale fattore di rischio prevenibile per la salute e devono essere attivati interventi preventivi finalizzati a contrastare l'insorgenza di tale abitudine, sostenere percorsi di disassuefazione, tutelare la salute dei non fumatori, nel contempo vanno proposti supporti ai fumatori per ridurre il danno prodotto dalla carenza di fattori protettivi (alimentazione, attività fisica, obesità o eccessiva magrezza, maggiore cultura sulla salute etc).

**Sicurezza negli ambienti di vita:** La conoscenza dei fattori di rischio e la consapevolezza dei loro effetti sulla salute può contribuire a modificare comportamenti e a rendere più sicuri gli ambienti di vita. Vanno attuate azioni di modifica degli elementi strutturali e modalità costruttive ed organizzative che riducano i rischi o i fattori di rischio, eliminando o limitando le condizioni che possono determinare situazioni critiche, sia indoor che outdoor.

Preparare le persone ad affrontare le diverse situazioni a cui possono essere sottoposti in piena coscienza con lo sviluppo di adeguate abilità specifiche e preparazione idonea.

Va sviluppata anche attenzione all'accoglienza e alla soddisfazione della persona.

**Sviluppo e benessere della persona** da intendersi come implementazione di una coscienza individuale e collettiva fortemente proattiva nei confronti degli interventi di prevenzione; rientra in quest'area anche la cura degli aspetti relazionali in ambito lavorativo. Crescita e formazione di un elevato livello di cultura e di maturità per il raggiungimento del più elevato livello di soddisfazione e di qualità della vita con il massimo livello di autonomia individuale e sociale.

Va posta particolare attenzione ad un armonico sviluppo psicofisico e relazionale per facilitare l'inserimento sociale ed il rafforzamento dei fattori utili per la salute, sia individuale che della comunità, mediante la riduzione dei rischi con l'obiettivo di evitare danni che possano essere prevenibili. Va favorita la crescita personale sia in ambito socio familiare che psicologica individuale. Giungere ad una garanzia di equità con un approccio sistematico anche nei confronti delle persone con limitazioni fisiche e sensoriali importanti per i quali è indispensabile ridurre il gap di

relazione attualmente esistente. Qui rientrano tutte le azioni possibili per facilitare il raggiungimento dei migliori e più significativi risultati possibili per favorire lo sviluppo della persona. In questo settore, così come comunque negli altri, va rafforzata in modo importante la politica per il raggiungimento di una effettiva realizzazione delle “pari opportunità” tra tutti.

### **La Salute del malato**

La malattia viene investita con aspetti negativi e spesso ritenuti non recuperabili. L’obiettivo, invece, deve tendere ad identificare i fattori positivi o le opportunità che permangono ancora, nei limiti oggettivi, per la persona, favorendo azioni o modificando comportamenti che riducano il danno (o il rischio) e che consentano di garantire il migliore risultato possibile clinico, psicologico e relazionale, sia per rafforzare la parte sana del soggetto che per favorire azioni e comportamenti positivi nel contrasto verso la patologia. Lo sviluppo di conoscenze e comportamenti o la creazione di un ambiente favorevole mediante lo sviluppo di competenze o informazioni o azioni specifiche che rafforzino lo stato di benessere della persona o riducano i danni derivati dalla malattia.

Gli obiettivi sono

- Riduzione dei rischi in generale
- Educazione al comportamento
- Supporto per le esigenze non sanitarie
- Riconoscimento dei bisogni non espressi
- Recupero di potenzialità psico fisiche
- Rafforzamento organico e psicosociale

La cura e l’assistenza e la prevenzione per i malati cronici sono importanti azioni che coinvolgono tutti i soggetti della rete sociale per garantire la continuità e la cooperazione necessarie così da poter sviluppare una cultura a supporto dei soggetti fragili.



Tutti i diversi settori descritti dalle policies si integrano e intersecano tra di loro.

Non è possibile dividerli e separarli, ed infatti devono, nel tempo, essere sviluppati globalmente per garantire che tutti i cittadini possano essere coinvolti e possano ridurre i rischi individuali e di conseguenza il danno che ne deriva. Non possiamo dare una limitazione o una identificazione temporale o spaziale ai progetti in termini scolastici, ma questi si susseguono e si collegano nel tempo tra di loro. Le persone hanno rischi diversi e devono potersi riconoscere sempre per le soluzioni che possono essere definite nel loro proprio interesse.

Il cittadino, a regime, deve avere la possibilità di usufruire di tutto quanto di meglio la cultura, i servizi e le strutture possano offrire. E questo modello, eliminando gli sprechi, porterà a notevoli risparmi nel settore sanitario, sociale e ad un livello più elevato di soddisfazione dei singoli, un livello di salute più elevato sia individuale che, di conseguenza, dell'intera comunità.

Il modello sviluppato in questi anni persegue l'integrazione dei riferimenti WHO per la promozione della salute, ed integra, in un unico sistema, i progetti HC (Health Cities)- HPS (Health Promoting Schools)- WHP (Workplace Health Promoting)- HPH (Health Promoting Hospitals) che trovano espressione sintetica nella risposta per l'intera comunità, secondo meccanismi differenti, con l'obiettivo di garantire una coerenza informativa e una qualificazione organica degli interventi



**Nelle successive sezioni vengono illustrate, a titolo puramente esemplificativo :**

a) **Policy** per area tematica

b) **Trasferibilità** della Policy a diverse tipologie di Stakeholder coinvolti nella rete di alleanze di un progetto di promozione della salute secondo un modello concettuale che incrocia le Policies con le seguenti possibili macro aree oggetto di intervento:

- **DIPENDENTI/ CLIENTI:** Azioni dirette rivolte al personale e ai clienti della Agenzia che adotta la Policy
- **CONTROLLO:** Interventi di controllo per verificare il rispetto di normative cogenti e provvedimenti conseguenti
- **LEVE COMMERCIALI E FISCALI:** Azioni finalizzate a facilitare la disponibilità e la sostenibilità economica di strumenti, prodotti o azioni protettive;
- **MANUTENZIONE:** Interventi su strutture, attrezzature, beni, che riducano il rischio o favoriscano un rafforzamento di azioni favorevoli la salute, etc.
- **FORMAZIONE:** Interventi di Formazione/ Sensibilizzazione; interventi di comunicazione; iniziative culturali (es. mostre, convegni, spettacoli, etc.); modalità di esplicitazione e proposta di azioni/ iniziative protettive o di sviluppo che favoriscano la salute.
- **ORGANIZZAZIONE:** Interventi di tipo organizzativo che impattano direttamente o indirettamente su aspetti di promozione della salute all'interno o all'esterno della Agenzia che adotta la Policy, con modalità di espressione organizzativa che favoriscano una migliore qualità di vita e di salute.

Gli stakeholders che si prevede debbano essere coinvolti nella rete di alleanze devono essere tutti coloro che possono intervenire positivamente nel favorire un risultato qualificato e una struttura organica utile per rendere efficaci le azioni previste. Ogni progetto coinvolge infatti una molteplicità di individui ed organizzazioni. Saper individuare e gestire al meglio i cosiddetti portatori di interessi di un progetto è fondamentale per il successo. Trasferito in ambito di Project Management, il *'project stakeholder'* indica tutti gli individui o le organizzazioni che sono attivamente coinvolti nel progetto o il cui interesse può essere positivamente o negativamente influenzato dal risultato dell'esecuzione di un progetto o dal suo andamento. Non tutti gli stakeholders hanno ovviamente la stessa rilevanza e la valutazione del grado di trasferibilità delle Policies alle realtà coinvolte nella rete di alleanze rappresenta un elemento cruciale nella riuscita dei progetti di promozione della salute in quanto consente di evitare azioni sovrapposte, concorrenti o conflittuali e permette di tracciare e monitorare nel tempo un percorso critico del processo legando fra loro le Policies (obiettivi e conseguenti azioni) agli attori (con ruolo principale o di supporto). Chi governa il processo dovrebbe essere in grado di “pesare” la forza della relazione tra Policy e Stakeholder sulla base dell'interesse e del potere che questi soggetti possono esercitare nei confronti degli obiettivi prioritari definiti dalla Policy. Occorre comunque rilevare che in un processo complesso e articolato come quello della promozione della salute, il ruolo dei singoli attori non è rigidamente vincolato, ma può assumere, di volta in volta, connotazioni diverse e sfociare in azioni correlate a diverse policies e questo necessita che venga attivata una periodica revisione del modello adottato e una sua eventuale rimodulazione.

c) Esempi, non esaustivi, di **azioni collegate** alla Policy declinate per Stakeholder e per Macro aree di Intervento

## Policies

---

Vengono di seguito descritte, non compiutamente, alcune delle principali Policies afferenti alle diverse aree di intervento. Gli obiettivi declinati nei diversi settori devono essere sviluppati globalmente, in una ottica di approccio sistemico, per garantire il pieno coinvolgimento di **tutti** i cittadini e per una reale efficacia del processo educativo. Infatti non si può interpretare questo intervento come un insieme di azioni estemporanee e rigidamente settorializzate, ma deve essere concepito con la logica del processo ossia come *“una serie di attività correlate ed interagenti fra loro che mirano al raggiungimento di un specifico risultato nell’interesse del cliente e di tutte le parti coinvolte”*. Ovviamente vincoli di razionale utilizzo delle risorse disponibili rendono necessario gerarchizzare e definire priorità, ma sempre con una visione ampia del processo e tenendo conto degli effetti che ogni singola azione può avere per il risultato finale.

Gli obiettivi delle Policies vengono perseguiti per mezzo delle di macro azioni a loro volta sviluppati con specifiche attività. L’elenco, naturalmente, non è esaustivo.

### **Alimentazione e Attività fisica:**

- Promuovere il consumo di alimenti protettivi e orientare al contenimento nel consumo di alimenti scientificamente riconosciuti come fattori di rischio o facilitanti la comparsa di problematiche cliniche
- Sviluppare la consapevolezza dei danni legati ad una alimentazione non corretta e dei benefici che conseguono alla adozione di uno stile alimentare corretto
- Sviluppare conoscenze per una corretta gestione del peso e della propria condizione organica e favorire la disponibilità di strumenti di autovalutazione
- Fornire un supporto dietetico nutrizionale al singolo ed alle collettività (con particolare riferimento a ristorazione scolastica, ristorazione socio assistenziale, ristorazione in ambito

ospedaliero e aziendale, ristorazione commerciale sia del singolo che collettiva oltre alla ristorazione domiciliare etc) con particolare attenzione alla sicurezza nutrizionale ed igienico sanitaria con lo sviluppo di strumenti e comportamenti che possano incrementare un uso corretto e sicuro dei prodotti.

- L'evoluzione, per il sistema distributivo, nella visione della persona da cliente a consumatore, per cui la sicurezza dei prodotti diventa obiettivo non solo al momento dell'acquisto ma anche al momento del consumo, favorendo un miglioramento dell'igiene casalinga per un consumo sicuro e adeguato dei prodotti.
- Promuovere l'attività fisica moderata mediante la diffusione di messaggi motivanti e favorendo la partecipazione ad iniziative di gruppo
- Favorire scelte orientate alla mobilità intelligente (es. piste ciclabili, disponibilità impianti sportivi, accessibilità economica ai servizi che favoriscono un rafforzamento della salute etc.)
- Promuovere il consumo di alimenti selezionati in base ai vantaggi generali per la comunità (prodotti in modo da non nuocere all'ambiente) e di prodotti a Km 0 (cioè espressione di una produzione locale)

**Sicurezza Stradale** : *Prevenire l'incidentalità stradale con interventi rivolti a sviluppare comportamenti corretti da parte della popolazione e garantire una sicurezza indiretta con interventi di tipo strutturale (es. su reti di viabilità e mezzi di trasporto) oltre ad azioni impostive e di controllo. Revisione della mobilità nei centri abitati, sia in termini organizzativi che comportamentali.*

- Ridurre gli incidenti della strada e della mobilità e i danni ad essi connessi attuando tutte le misure che si siano dimostrate efficaci da parte delle organizzazioni e delle istituzioni oltre che dei singoli.

- Sviluppare la consapevolezza dei danni legati ai comportamenti pericolosi per la guida (velocità, alcool, sostanze stupefacenti, carenza nell'uso dei dispositivi di sicurezza, etc. ) e di altri fattori di rischio che possano determinare incidenti (condizioni del veicolo, condizioni della strada, etc.) e favorire la cultura della guida difensiva come valore sociale positivo.
- Favorire scelte orientate alla mobilità intelligente (mezzi di trasporto pubblici, piccoli spostamenti a piedi o in bicicletta, ampliamento delle zone 30 anche per l'intera area urbana, dissuasori di velocità etc)
- Favorire le sinergie dei diversi componenti della comunità nella prevenzione degli incidenti
- Promuovere un uso corretto e razionale dei mezzi di locomozione con la promozione di forme di *mobilità sostenibile* quali il *car sharing* e il *car pooling*
- Promuovere l'utilizzo dei mezzi di trasporto individuali (piedi, bicicletta, moto etc) e pubblici o sociali (autobus/ pullman/ treno/ aereo/ nave/ etc) con l'obiettivo di ridurre costi e consumi legati alla movimentazione e alle attività del trasporto ( prodotti zero km etc).
- Sviluppo di una cultura di comunità che aiuti ad identificare i fattori di rischio e la loro eliminazione. Sviluppo di una formazione specifica sulla sicurezza per condizioni di rischio o ad elevata criticità. Sviluppo di linee guida e comportamentali condivise. Revisione del ruolo delle strutture didattiche e di formazione specifiche e generali. Inserimento in programmi di formazione continua, anche in ambito scolastico o lavorativo.
- Revisione dei modelli di gestione della mobilità cittadina con la determinazione di parametri e modalità che facilitino la riduzione degli incidenti (ad es modello Chambery)

**Fumo di tabacco:** *Prevenire l'insorgenza della abitudine tabagica, Proteggere i non fumatori. Supportare i fumatori a smettere. Ridurre i fattori di rischio per i fumatori e per i non fumatori. Aiutare i fumatori a ridurre i propri fattori di rischio anche in costanza dell'abitudine al fumo.*

- Costruire un ambiente ed una comunità che promuovano comportamenti corretti e abitudini di contrasto all'iniziazione al fumo di sigarette e promuovano atteggiamenti per favorire la cessazione volontaria.
- Far acquisire maggiori conoscenze e strumenti rispetto agli effetti del fumo di tabacco sulla salute propria e di chi vive accanto ad un fumatore.
- Sviluppare la consapevolezza e l'autovalutazione sui fattori di rischio in generale e sul fumo in particolare, dei benefici conseguenti alla cessazione dell'abitudine al fumo e della correlazione tra fumo, alimentazione, gestione del peso ed attività fisica in modo da rafforzare i fattori protettivi per il mantenimento di una buona condizione di salute.
- Tutelare la salute dei non fumatori, garantendo ambienti liberi dal fumo.

**Sicurezza Ambienti di vita :** *Garantire ambienti di vita e di lavoro sicuri per la permanenza delle persone in condizioni di benessere fisico e psicologico e sociale*

- Conoscere gli ambienti di vita e i rischi correlati
- Attivare iniziative di mitigazione dei rischi con interventi sulle strutture e sui sistemi e servizi di sicurezza.
- Sviluppare una cultura sul contrasto o sulla prevenzione dei rischi specifici
- Eliminazioni dei fattori che possano determinare un danno

- Sviluppare e diffondere conoscenze ed iniziative basate sul valore protettivo dell'ambiente sulla salute umana.
- Costruire una rete territoriale tra Amministrazioni, Associazioni ed altre agenzie per promuovere la sicurezza negli ambienti di vita e la loro fruibilità per garantire maggiori livelli di salute individuale e collettiva.
- Assicurare che gli ambienti di vita e di lavoro, oltre a rispondere a requisiti cogenti sotto il profilo strutturale/impiantistico) rispondano ad esigenze di facile fruibilità e “accoglienza” per aumentare la soddisfazione degli occupanti permanenti e occasionali

**Sviluppo e Benessere della Persona** : *Promuovere una coscienza individuale e collettiva fortemente proattiva nei confronti degli interventi di prevenzione primaria e secondaria; garantire interventi di prevenzione accessibili e coerenti con la realtà locale, sia fisici che psicologici, sociali ed ambientali.*

- Promuovere lo sviluppo di una specifica conoscenza sui fattori di prevenzione primaria e secondaria.
- Promuovere azioni di protezione passiva del singolo e della comunità (vaccinazioni obbligatorie e facoltative etc)
- Promuovere comportamenti preventivi corretti in chiave preventiva in età infantile (es. corretta igiene personale, igiene orale, prevenzione delle malattie infettive etc)
- Educare all'affettività e stimolando abilità e sensibilità proprie mediante lo sviluppo corretto della persona, ad ogni età, in ambito psicologico e sociale, in qualsiasi condizione fisica o mentale.
- Sostenere la persona e la famiglia per prevenire il fenomeno del disagio individuale e sociale



- Supportare la crescita fisica e psicosociale negli individui per condurli ad un elevato livello di cultura e di maturità per il raggiungimento del più elevato livello di soddisfazione e di qualità della vita con il più elevato livello di autonomia individuale e sociale.
- Sviluppare l'educazione alla maternità e paternità consapevole e alla gestione familiare per ridurre le situazioni di criticità del nucleo familiare e favorire un inserimento attivo nella comunità
- Orientare le strutture e i servizi per garantire il supporto ai bisogni individuali e comunitari.

**La Salute del Malato :** *Migliorare la qualità della vita delle persone affette da condizioni di malattia, cronicità, disabilità, fragilità e promuovere una nuova cultura sui comportamenti in situazioni di criticità o di diversa abilità rafforzando gli elementi che possano favorire una migliore qualità di vita e di salute.*

- Implementare le politiche e le pratiche che rispettano il benessere e la dignità individuale, sia fisica che psicologica e sociale
- Rafforzare le abilità e le competenze fisiche e socio psicologiche dalle persone affette da patologie croniche o degenerative
- Sviluppare le conoscenze e la consapevolezza individuale sulla condizione morbosa sofferta migliorando la qualità della vita e di relazione, riducendo i rischi di quanti già vivono una condizione di fragilità
- Considerare la continuità assistenziale (prendersi cura) non solo come gestione clinica bensì come percorsi integrativi alla cura (alimentazione, igiene, comportamenti positivi, ecc.) con la costruzione di adeguati documenti e protocolli non clinici di supporto a particolari situazioni patologiche e di disabilità
- Fornire indicazioni e favorire lo sviluppo di iniziative e comportamenti idonei a rafforzare lo stato di salute delle persone affette da patologie, con particolare attenzione alle condizioni di cronicità e di disabilità
- Realizzare iniziative per consentire il riconoscimento e il rispetto dei propri diritti
- Favorire lo sviluppo di associazioni di malati e la loro partecipazione alle scelte e alle indicazioni specifiche

- Ridurre/eliminare le barriere di accesso fisiche, sociali e culturali
- Facilitare e semplificare l'accesso ai servizi, le procedure burocratiche e la soluzione ai problemi relazionali con le amministrazioni pubbliche
- Predisporre documentazione di facile consultazione per comprendere meglio come affrontare la propria condizione morbosa
- Fornire supporto alle esigenze non sanitarie; definire strumenti per riconoscere e, ove possibile, soddisfare i bisogni del "malato"/soggetto fragile, trasformando tali aspettative in requisiti applicabili
- Ridurre le condizioni di rischio di diversa natura presenti nell'ambiente che possono incidere sulla salute del malato o creare condizioni per lo sviluppo di situazioni di fragilità
- Educare al comportamento e contribuire alla formazione di una coscienza collettiva consapevole e rispettosa della problematiche del "soggetto fragile";
- Sviluppare nel soggetto "malato" un comportamento "proattivo" per consentire un suo reale inserimento nel contesto sociale superando, per quanto possibile, i vincoli di tipo fisico e culturale connessi alla sua situazione di cui soffre
- Sviluppare iniziative che favoriscano l'integrazione e lo sviluppo sociale ed individuale delle persone affette da limitazioni fisiche o sensoriali, sia nelle relazioni sociali che nella gestione di ambienti e strutture.
- Supporto alla famiglia e ai *caregivers* per creare adeguata opportunità di risposta e di soluzione alle problematiche individuali.
- Coinvolgimento delle associazioni dei malati per una azione di partecipazione al cambiamento e alla soluzione dei problemi delle persone interessate e per favorire la riduzione e la frequenza delle patologie stesse.

## Stakeholder, Policy e Aree di intervento

---

Vengono di seguito presentate, a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo, alcune tabelle che consentono di tracciare la trasferibilità di una policy ai diversi Stakeholders per specifica macroarea di intervento.

Gli Stakeholders oggetto della presente simulazione sono: Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, Amministrazioni Pubbliche (Comuni, Province), Scuola, Associazioni, Settore Produttivo.

I riferimenti ai settori sono stati inseriti in precedenza.

Queste indicazioni sono, naturalmente, integrabili con specifiche valutazioni delle realtà locali

AZIENDA SANITARIA LOCALE						
Policy/Aree di intervento	ORGANIZZAZIONE	DIPENDENTI	MANUTENZIONE	FORMAZIONE	CONTROLLO	LEVE COMMERCIALI/FISCALI
ALIMENTAZIONE	●	●		●	●	
FUMO	●	●		●	●	
SICUREZZA STRADALE	●	●	●	●		
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO	●	●	●	●	●	
SALUTE DEL MALATO	●	●	●	●	●	
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA	●	●		●		

AMMINISTRAZIONI LOCALI						
Policy/Aree di intervento	ORGANIZZAZIONE	DIPENDENTI	MANUTENZIONE	FORMAZIONE	CONTROLLO	LEVE COMMERCIALI/FISCALI
ALIMENTAZIONE	●	●		●	●	●
FUMO	●	●		●	●	
SICUREZZA STRADALE	●	●	●	●	●	
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO	●	●	●	●	●	
SALUTE DEL MALATO	●	●		●	●	
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA	●	●		●		

MMG E PDF						
Policy/Aree di intervento	ORGANIZZAZIONE	DIPENDENTI	MANUTENZIONE	FORMAZIONE	CONTROLLO	LEVE COMMERCIALI/FISCALI
ALIMENTAZIONE				●		
FUMO				●		
SICUREZZA STRADALE				●		
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO			●	●		
SALUTE DEL MALATO				●		
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA				●		

<b>SCUOLA</b>						
<b>Policy/Aree di intervento</b>	<b>ORGANIZZAZIONE</b>	<b>DIPENDENTI</b>	<b>MANUTENZIONE</b>	<b>FORMAZIONE</b>	<b>CONTROLLO</b>	<b>LEVE COMMERCIALI/FISCALI</b>
ALIMENTAZIONE	●	●		●		
FUMO	●	●		●		
SICUREZZA STRADALE	●	●		●		
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO	●	●	●	●		
SALUTE DEL MALATO	●	●		●		
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA	●			●		

<b>AZIENDA OSPEDALIERA</b>						
<b>Policy/Aree di intervento</b>	<b>ORGANIZZAZIONE</b>	<b>DIPENDENTI</b>	<b>MANUTENZIONE</b>	<b>FORMAZIONE</b>	<b>CONTROLLO</b>	<b>VENDITA</b>
ALIMENTAZIONE	●	●	●	●	●	
FUMO	●	●		●	●	
SICUREZZA STRADALE		●	●	●		
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO	●	●	●	●		
SALUTE DEL MALATO	●	●	●	●	●	
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA	●	●		●	●	

<b>ASSOCIAZIONI</b>						
<b>Policy/Aree di intervento</b>	<b>ORGANIZZAZIONE</b>	<b>DIPENDENTI</b>	<b>MANUTENZIONE</b>	<b>FORMAZIONE</b>	<b>CONTROLLO</b>	<b>LEVE COMMERCIALI/FISCALI</b>
ALIMENTAZIONE	●	●		●		●
FUMO	●	●		●		
SICUREZZA STRADALE	●	●	●	●		
SICUREZZA AMBIENTI VITA e di LAVORO	●	●	●	●		
SALUTE DEL MALATO	●			●		
SVILUPPO E BENESSERE PERSONA	●	●		●		

#### 4. Sintesi

---

Le Policies per la Salute possono essere considerate il riferimento nella declinazione di interventi progettuali territoriali delle Politiche Sanitarie. Sono lo strumento di confronto per la definizione dei valori prevalenti e si focalizza sull'obiettivo di guidare l'organizzazione verso il miglioramento continuo, con una armonica coerenza dei fattori utili per la gestione delle attività. Si tratta di fatto di obiettivi/ azioni prioritari che devono essere successivamente adottate dagli attori chiave del processo e tradotti da questi in attività finalizzate a soddisfare i requisiti contenuti nella policy .

Sviluppare concretamente una policy significa:

- Adottare *principi di alto valore* (interessi generali) che, coinvolgendo gradualmente più individui, collettività o settori, diventino trainanti per tutti
- Creare *contesti favorevoli* alla modifica di opinioni e quindi al progressivo cambiamento dei propri comportamenti inerenti la salute
- Provocare la riflessione del singolo, comunque nel contesto della comunità in cui vive ed opera, affinché acquisisca consapevolezza, capacità critica e razionalità nella propria sovrana autodeterminazione
- Ricercare i cambiamenti *con progressione*, considerando le inevitabili resistenze (abitudini inveterate), con *prospettive di consolidamento e continuità* (e sviluppo) nel tempo
- Sottoporre il processo a *periodiche revisioni* per la verifica dell'efficacia e/o per apportare modifiche ed aggiornamenti;
- Valutare il *rapporto costo/ benefici* derivanti dall'adesione alla policy

## Conclusione

Se vogliamo rileggere il modello con cui si sviluppa la malattia, noi lo possiamo identificare secondo due linee principali, la casualità e la causalità.

Il primo modello, o della casualità, lo è principalmente per la nostra mancata conoscenza dei fattori determinanti. Ma dobbiamo prenderne atto sino alla identificazione degli stessi. E, ponendoci in questa posizione di ignoranza, dobbiamo verificare e valutare quali siano gli elementi che possano rendere meno gravi le conseguenze della affezione patologica di cui la persona soffre. Dalla diagnosi alla terapia al recupero funzionale i passaggi devono essere idonei e finalizzati al risultato che ci prefiggiamo di ottenere, il migliore risultato possibile per le potenzialità della persona, non solo curare la malattia ma orientarci al recupero delle potenzialità inespresse e delle opportunità che ognuno possiede e che vengono trascurate per effetto della attenzione alla manifestazione patologica in essere. Il processo assistenziale deve tenere conto dei limiti e delle opportunità esistenti ma porsi nella prospettiva della Persona e non solo della malattia. E' un processo che tende alla perfezione dell'intervento di riduzione del danno e al recupero individuale, riparativo e promozionale.

Il secondo modello, o della causalità, meglio noto e più facilmente affrontabile, è certamente un settore in cui la nostra azione può avere maggiori opportunità di successo. Una maggiore attenzione, partecipazione e profondità nelle conoscenze, di lungimiranza, nelle scelte del singolo e della comunità, possono consentire di ottenere un risultato ottimale tra la presenza dei fattori determinanti il rischio o il danno e le condizioni di salute della Persona stessa.

In questo modello è fondamentale l'apporto individuale in un sistema che consenta la realizzazione di quanto utile o necessario, minimizzando le limitazioni per le persone e, comunque, dando le singole e personali responsabilità per i comportamenti, utili o critici, che possono essere messi in atto per evitare il (o incorrere nel) danno. Danno che, comunque, in un sistema di qualità, è un errore nell'ambito dello sviluppo del sistema stesso. Il controllo e la



riduzione dei fattori determinanti può condurre alla modifica, sia quantitativa che qualitativa, del danno stesso con la conseguente limitazione dei fenomeni patologici nel singolo e nella comunità.

Una impostazione operativa che non tenda unicamente al conteggio delle prestazioni eseguite o dia per acquisito un risultato senza una adeguata analisi dei fattori produttivi ma consideri il valore e l'utilità delle stesse e ne valuti il risultato di salute, sia in termini oggettivi che soggettivi, tende indubbiamente a garantire il prodotto di *“Preservare e migliorare la salute della popolazione”*.

Il sistema Italiano ha, per costituzione stessa, un elevato livello di equità. La eliminazione di barriere fisiche ed economiche non può che migliorare il livello equitativo del servizio, introducendo un ulteriore elemento, relativamente assente dal sistema attuale, che è la responsabilizzazione del cittadino e la valutazione soggettiva delle proprie scelte e delle conseguenze che queste hanno nella comunità in generale e nel proprio nucleo familiare in particolare. La distribuzione dei servizi (assistenza globale del SSIS), Light Hospital o ospedale di prossimità per le esigenze più frequenti e prolungate del cittadino e dei suoi familiari, l'Heavy Hospital o ospedale per acuti, per le prestazioni meno frequenti e comunque a breve durata di ricovero, tempi di attesa brevi e appropriatezza delle prestazioni da effettuare sono tutti elementi che favoriscono equità e possiamo affermare, possono garantire il raggiungimento di *“un livello accettabile di equità”*, più elevato rispetto all'attuale, per tutta la popolazione assistita, senza limitazioni economiche e di condizioni morbose.

Crediamo che anche il terzo punto possa essere garantito dal modello proposto, seppure la definizione di risposta alle aspettative è sempre successiva alla realizzazione di quanto progettato. Il valore definitivo non può che essere lasciato alla rappresentazione soggettiva del cittadino e alla risposta ai propri bisogno. Considerato che il servizio non è solo prestazionale ma si prende cura, nella struttura organizzativa e gestionale, di tutte le esigenze del cittadino, sanitarie, sociosanitarie ed amministrative, con un vero punto unico di riferimento, che il

cittadino malato sia indirizzato verso la struttura più idonea e qualificata per la risposta ai propri bisogni assistenziali riteniamo comunque che tenda a *“rispondere alle aspettative e alle esigenze della popolazione e dei singoli cittadini”*.

Il livello di soddisfazione è nella esecuzione e realizzazione del servizio secondo canoni di qualità ed alto livello professionale.

Si fa di più e si spende di meno?

Eliminando gli sprechi ed affrontando positivamente l'obiettivo di Salute dei cittadini che non è una mera assenza di malattia. Una azione promozionale della qualità della Vita e di Salute, della soddisfazione individuale e della risposta ai bisogni personali può consentire di ridurre significativamente il ricorso ai servizi sanitari in generale e all'utilizzo di farmaci e presidi sanitari in particolare.

Costerà di più perché gli Italiani desiderano vivere una vita senza limiti o attenzioni?

La copertura economica verrà dall'adeguamento della tassa di scopo sui prodotti che determinano un maggiore danno al singolo ed alla comunità.

Riteniamo pertanto che questa proposta risponda anche al quarto punto *“Fare fronte ad interessi paralleli quale il rispetto di bilancio”*.

*Perciò, ottenere cento vittorie in cento battaglie non è prova di suprema abilità*

*Sottomettere l'esercito nemico senza combattere è prova di suprema abilità*

*Sun tzu- L'Arte della Guerra*