

2. Gli obiettivi strategici per il cambiamento: i dieci progetti-obiettivo

2.1. Attuare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa

Il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 è costituito dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

Tale definizione è costruita sui seguenti fondamentali principi:

- il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori;
- le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate;
- l'appropriatezza delle prestazioni è collegata al loro corretto utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione, fatte salve quelle poche considerate non strettamente necessarie;
- gli indicatori di appropriatezza vengono calcolati ai diversi livelli di erogazione del servizio (territorio, Ospedale, ambiente di lavoro) e verificano la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate in termini di bilanciamento qualità-costi.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza costituisce l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria, in quanto per la prima volta si dà seguito all'esigenza, emersa da anni, di garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate e di individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi.

Nell'ambito dell'accordo particolare importanza riveste la questione della corretta gestione degli accessi e delle attese per le prestazioni sanitarie, sottolineata più volte anche dal Presidente della Repubblica, e anch'essa obiettivo di primaria importanza per il cittadino: il tempo di attesa rappresenta da un lato la prima risposta che egli riceve dal sistema e, dall'altro, il fondamentale principio di tutela dei diritti in tema di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio Sanitario.

Il diritto all'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in conseguenza di richieste appropriate, deve essere messo in relazione, per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione della prestazione richiesta e della sua urgenza.

Sotto questo profilo appare opportuno che la libera professione intramuraria sia organizzata in maniera tale da non interferire con la durata delle liste di attesa. In particolare, deve essere lasciata alle Regioni e alle Aziende Sanitarie la possibilità di utilizzare la libera professione dei sanitari per assicurare ore di lavoro addizionali alle strutture da cui dipendono, di rendere compartecipi i sanitari al fatturato del reparto in cui operano, di impiegare personale aggiuntivo assunto con contratto di collaborazione professionale e di esternalizzare servizi. Il tutto ai fini di ridurre le liste di attesa. Questa possibilità è stata realizzata con l'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, aggiunto come Allegato 5 al DPCM del 29 novembre

2001, che prevede anche l'obbligo per le Regioni di rilevare sistematicamente e comunicare i tempi di attesa delle prestazioni di diagnosi e cura.

Infine, una corretta impostazione del problema dei tempi di accesso e la realizzazione di interventi migliorativi dipendono in larga misura dalla capacità di realizzare sia un unico centro di prenotazione per l'accesso alla struttura da parte degli utenti sia un monitoraggio affidabile dei dati. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), definito congiuntamente da Ministero e Regioni, è concepito come un sistema informativo unitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dai singoli soggetti istituzionali, centrali, regionali e locali del Servizio Sanitario Nazionale. Il modello architeturale del Sistema Informativo Sanitario attua una piena condivisione delle informazioni prodotte dai diversi protagonisti (medici, ospedali, ASL, Regioni o Province Autonome, amministrazioni centrali) che insistono sui medesimi processi gestionali e decisionali. Tramite la realizzazione del NSIS si potrà disporre di strumenti di governo, di servizio, di formazione, di comunicazione.

a) *Gli obiettivi strategici*

Gli obiettivi strategici in questo campo sono i seguenti:

- disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro) grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;
- costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi;
- realizzare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ed i Centri Unici di Prenotazione;
- diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende Sanitarie in grado di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (*bench-marking* a livello regionale ed aziendale);
- promuovere i migliori protocolli di appropriatezza che verranno via via sperimentati e validati ai diversi livelli di assistenza;
- attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute.

b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni*

Nel corso dei prossimi tre anni occorrerà:

- sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio della applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, incrementando gli indicatori del livello territoriale e

- dell'ambiente di lavoro, grazie anche alla progressiva implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- concordare con le Regioni le modalità per la verifica e il controllo della loro applicazione;
 - aggiornare con cadenza periodica i Livelli Essenziali di Assistenza in termini di indicatori di appropriatezza e di tipologia delle prestazioni tramite una apposita Commissione nazionale nominata dalle Regioni e dal Ministero della Salute (Commissione Nazionale per la manutenzione dei LEA) operante presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali;
 - integrare l'intero sistema di offerta all'interno di Centri Unici di Prenotazione, facilmente accessibili anche per via telematica, collegati con i medici di medicina generale e con le altre strutture del territorio e organizzati in modo da costituire l'unico accesso per le richieste di prestazione ai cittadini;
 - rendere pubblici i tempi di attesa per le prestazioni appropriate, filtrando quelle non appropriate e ponendo in priorità quelle relative alle patologie più invalidanti e urgenti;
 - avviare la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
 - monitorare i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
 - sperimentare gli strumenti più efficaci compresi quelli previsti dall'accordo Stato Regioni che includono nuove modalità per la realizzazione di condizioni di uniformità e trasparenza delle liste di prenotazione alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

2.2. Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili

2.2.1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie

Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili:

- sono aree in progressiva crescita;
- richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;
- necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese;
- hanno una copertura finanziaria insufficiente.

Più che mai si rende necessario innanzitutto che si intervenga in sede preventiva; prevenire in questo caso significa rallentare e ritardare l'instaurarsi di condizioni invalidanti che hanno in comune un progressivo percorso verso la non-autosufficienza e quindi verso la necessità di interventi sociali e sanitari complessi e costosi. Per quanto riguarda i diversi approcci praticabili per la prevenzione, essi sono di diversa natura: prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce di alcuni tipi di tumore), nonché profilassi di particolari malattie. Le Regioni, pienamente responsabili dell'assistenza sanitaria e della relativa spesa, sanno che investire in prevenzione significa risparmiare già nel medio termine; questa consapevolezza induce a ritenere che le misure di prevenzione in

questa area avranno in futuro uno sviluppo maggiore che in passato. In questo ambito le Regioni, attraverso le ASL ed i medici di medicina generale e utilizzando i premi di risultato nel contesto della convenzione con questi ultimi, ma anche operando con una capillare informazione ai cittadini, hanno davvero la possibilità di incidere in modo rilevante.

Per gli anziani importante è la possibilità di mantenere una vita attiva sia dal punto di vista fisico che intellettuale in quanto spesso essi tendono ad isolarsi e a trascurare gli stili di vita più appropriati. Un'azione concertata tra ASL e Comuni (quando questi non abbiano conferito alle ASL la delega per l'assistenza sociale) per attivare Centri di aggregazione per gli anziani, che sviluppino attività di socializzazione e di cultura ma anche di ginnastica dolce e comunque di attività fisica, è assolutamente essenziale. Le Campagne istituzionali di comunicazione possono essere di grande aiuto anche in tal senso.

La delega dell'assistenza sociale alle ASL, attuata da diversi Comuni, può essere un modo efficace per realizzare una vera integrazione socio-sanitaria. Laddove ciò non è avvenuto, ed in particolare nelle grandi città, l'integrazione è difficile, soprattutto per le differenti linee gerarchiche e di afferenza del personale preposto. In queste condizioni può essere presa in considerazione l'opportunità che le Istituzioni (ASL e Comune tra loro consorziati) affidino l'intero servizio integrato o parte di esso ad un gestore terzo, possibilmente del privato sociale. Questo potrebbe, quindi, gestire uno "*sportello*" per la presa in carico globale dell'assistito ed organizzare, tramite la rete di servizi esistenti, il percorso preventivo curativo-riabilitativo-assistenziale e più adatto. Esperienze simili sono state realizzate sia in Italia sia all'estero, ad esempio per la gestione dei malati di mente, coinvolgendo anche le famiglie e le Associazioni di volontariato.

L'affidamento al privato-sociale potrebbe essere previsto anche per la gestione dei Reparti di riabilitazione estensiva o gli stessi Hospice da parte degli Ospedali minori riconvertiti in *Centri Distrettuali di Salute*. Queste possibilità andrebbero sperimentate anche con l'intento di disegnare modelli più efficaci di assistenza socio-sanitaria che, salvo lodevoli eccezioni, sono ancora poco studiati e sviluppati nel nostro Paese.

Per le disabilità più marcate la disponibilità di Centri territoriali ambulatoriali o residenziali di riabilitazione è spesso essenziale. In tal senso, il ridisegno della rete ospedaliera e la conversione di alcuni Ospedali minori in *Centri Distrettuali di Salute*, dotati di strutture ambulatoriali o di residenze diurne, unitamente all'istituzione di Reparti di riabilitazione intensiva o estensiva, potrà aumentare la disponibilità oggi limitata ad alcune aree del Paese. Presso questi Ospedali riconvertiti potranno trovare sede anche gli Hospice per i pazienti più gravi, ricordando che questi non devono essere considerati come il luogo dove si va a morire, ma Centri di assistenza ai quali fare riferimento per le cure (incluse quelle palliative), sia restando a domicilio sia per alcuni periodi in regime di ricovero. Anche gli Hospice, quindi, debbono rientrare nella logica dell'"*Ospedale a domicilio*", secondo la quale il personale sanitario assiste il paziente sia a domicilio, (individuale o collettivo) sia in regime di ricovero, a seconda delle opportunità e delle necessità del malato e della sua famiglia. Senza questa

apertura all'esterno, nella logica di un'assistenza continua ad opera di una stessa équipe di specialisti, non si potrà offrire ai malati cronici il servizio di cui necessitano. Anche in questo ambito i poteri di intervento delle Regioni e delle ASL sono determinanti. Il raccordo dell'Ospedale a domicilio con il medico di medicina generale e con il Distretto è inoltre essenziale per garantire continuità di assistenza al paziente dopo la chiusura della cura ospedaliera, ancorché a domicilio.

L'anziano vive meglio al proprio domicilio e nel contesto di una famiglia. Spesso, tuttavia, la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano che necessita di cure. E', quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito. Ciò può essere effettuato direttamente dal Distretto, purché integri davvero il sociale e il sanitario, oppure si può ricorrere al *voucher*, o buono di sostegno economico che consente alle famiglie o agli anziani stessi di acquistare, dove più ritengano opportuno, il servizio loro necessario. Quest'ultimo meccanismo presenta il vantaggio di attivare un mercato di erogatori di servizi, ma implica che comunque l'Istituzione debba informare ed assistere gli interessati nella scelta e sappia correttamente accreditare e valutare i fornitori.

Un utile strumento di sostegno alla famiglia sono anche i *Centri Diurni integrati*, dove l'anziano disabile viene trasportato durante le ore diurne per essere accudito e ricevere una serie di servizi medici e sociali, ivi inclusa l'assistenza per l'igiene personale.

Qualora non disponga di un nucleo familiare, ma sia sufficientemente autonomo, l'anziano può anche vivere da solo al proprio domicilio. Spesso, tuttavia, l'autosufficienza non è totale ed in tal caso può essere utile istituire la figura del "*Custode Sociale*", ovvero di una figura specializzata che funga da punto di riferimento per gli anziani soli e si preoccupi di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi sanitari e sociali istituzionali o alle reti amicali e solidaristiche, che possono contribuire ad aiutare l'anziano nei bisogni della vita quotidiana ed evitarne l'isolamento. L'esperienza dei *Custodi Sociali* ha avuto molto successo nella sperimentazione milanese presso alcuni grandi caseggiati periferici, ed è stata gestita con fondi pubblici e privati da un privato sociale che ha avuto anche il compito di selezionare, preparare e gestire il personale assunto per questo incarico. L'esperienza ha dimostrato che non solo l'iniziativa è molto gradita agli anziani, ma è anche uno strumento atto a ritardarne il ricovero in residenze collettive o in Residenze Socio-Assistenziali (RSA), assai meno vantaggiose anche dal punto di vista economico.

Elementi critici di queste esperienze sono stati i seguenti:

- il personale è stato preparato, selezionato e gestito da un privato sociale e non dall'Istituzione pubblica;
- l'operatività di ogni postazione (costituita da due operatori per 10 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana);
- il coinvolgimento di privati cittadini e di volontari per aiutare chi ha bisogno anziché la sola delega all'Istituzione, così da rinsaldare i legami e le responsabilità personali che sono alla base di una società civile e solidale.

Quando l'autosufficienza viene meno, l'anziano necessita in molti casi di una residenza collettiva, che può essere inizialmente una *casa-famiglia* con assistenza infermieristica saltuaria, ma con presenza di una governante, che assista un piccolo nucleo di anziani di estrazione il più possibile omogenea (una decina di persone che abbiano interessi simili) con servizi di socializzazione e di riabilitazione almeno saltuari. Successivamente, quando l'autosufficienza cessa completamente, il rimedio è costituito dalle RSA. Per lo più queste rispondono ancora a criteri del passato, che le rendono un ibrido tra l'Ospedale e l'ospizio, che ancora tende ad isolare l'anziano dal mondo esterno e a sradicarlo dal suo contesto familiare o amicale. Alcune Regioni hanno in parte rimediato a questo inconveniente ottenendo che le RSA siano organizzate in nuclei semi-autonomi di non più di 20 assistiti, ma siamo ancora lontani dal modello ideale di RSA aperte al territorio e alla famiglia, articolate in piccoli nuclei di assistiti, e di aspetto più simile ad una casa che ad un ospizio.

Inoltre, il costo di queste Residenze è elevato e solo in parte sostenuto dalle Istituzioni, in quanto parte del costo si riversa sulle famiglie. Ben poche di queste strutture operano in regimi di garanzia di qualità ed il trattamento offerto è disomogeneo e non sempre proporzionato alla retta imposta. Molto resta quindi da fare in questo ambito sia per identificare i modelli di servizio migliori, sia per garantire le qualità dell'assistenza, sia per assicurare una sorgente di finanziamento che possa coprire per i cittadini il rischio della non-autosufficienza.

A fronte di un fabbisogno stimato in circa 30.000 miliardi/anno, oggi l'Italia spende per l'assistenza sociale circa 13.000 miliardi. Tutti i Paesi del mondo occidentale hanno avuto il problema di finanziare adeguatamente un settore dell'assistenza che solo 30 anni or sono era di dimensioni insignificanti, ma che ora, con l'allungamento dell'aspettativa media di vita, è in aumento progressivo. Oggi nel Nord Italia quasi il 10% della popolazione ha più di 75 anni (poco meno nel Sud del Paese) e sappiamo che la disabilità in questa fascia di popolazione raggiunge il 30%.

Vari sono i modi con cui i differenti Paesi hanno affrontato questo problema. Un sistema efficace è quello tedesco, attuato nel 1995 e basato su un Fondo Nazionale Assicurativo obbligatorio "*a sostegno dell'autosufficienza delle persone anziane e dei disabili*", che assegna priorità all'assistenza domiciliare rispetto al ricovero, all'assistenza familiare rispetto a quelle esterne, alla prevenzione e riabilitazione rispetto all'assistenza, agli erogatori privati di servizi rispetto ai servizi pubblici.

Sono soggetti all'obbligo della suddetta assicurazione tutti coloro che rientrano nell'assicurazione sanitaria obbligatoria, vale a dire, oltre a chi svolge attività lavorativa, anche gli apprendisti, gli studenti e i pensionati. I contributi sono calcolati sulla base del reddito imponibile lordo del lavoratore: l'1,7%, versato dai lavoratori e dai datori di lavoro in modo paritetico. Attraverso la soppressione di una festività, gli imprenditori tedeschi hanno ottenuto una compensazione della loro contribuzione, evitando che l'ulteriore impegno contributivo incidesse negativamente sul costo del lavoro e quindi sul livello di concorrenzialità del sistema produttivo tedesco con conseguenti ripercussioni sull'occupazione.

E' previsto che le prestazioni del fondo contro i rischi della non-autosufficienza siano erogate a favore di beneficiari in base alla necessità di aiuto per l'espletamento degli atti quotidiani che si ripetono regolarmente nella vita di ogni giorno. La Legge definisce così il soggetto bisognoso di assistenza: "*persona che, a causa di una malattia o di una disabilità fisica, psichica o mentale, per le normali e ricorrenti funzioni da espletare nel corso della vita quotidiana deve ricorrere all'aiuto esterno in misura notevole e in modo permanente, prevedibilmente almeno per sei mesi*". Si prevedono prestazioni in servizi o in assegni di cura che variano a seconda del livello di non-autosufficienza.

Anche gli altri Paesi europei sono intervenuti a sostegno della non-autosufficienza, con modalità differenti. Tutte le modalità, tuttavia, come ben evidenziato da Costanzo Ranci (2001) nella ricerca "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa" sembrano condividere, pur con accentuazioni ed enfasi diverse, i seguenti aspetti:

- il tentativo di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura (*cash and care*);
- l'introduzione di una distinzione sempre più netta tra la funzione di finanziamento (che resta delle Istituzioni, pur nella diversità delle formule previste di finanziamento), quella di committenza o di acquisto (che viene, pienamente o parzialmente, conferita ai cittadini) e quella di gestione (che viene sempre più decentrata ad agenzie private, sia *non-profit*, sia *profit*);
- l'introduzione di meccanismi competitivi e di forme di regolazione contrattuale nei rapporti tra finanziatori, acquirenti e fornitori;
- il conferimento di una maggiore capacità di scelta agli utenti attraverso l'attribuzione di un maggior potere d'acquisto (sotto forma di assegni di cura o di *voucher*);
- l'introduzione di misure di sostegno economico (sia dalla parte della domanda, sia dalla parte dell'offerta) finalizzate a sostenere l'allargamento e la pluralizzazione dell'offerta di servizi disponibili, - nonchè la regolarizzazione e la professionalizzazione dei prestatori d'opera;
- il tentativo di realizzare su questa nuova base regolativa un significativo allargamento della platea dei beneficiari, fino ad una copertura universalistica, in modo da rispondere alla crescita del fabbisogno di assistenza.

Nel loro complesso queste misure non indicano tanto una mera privatizzazione dei servizi di cura, quanto il passaggio progressivo da un sistema fondato sulla dominanza della fornitura pubblica di servizi o di una fornitura privata integrata in un sistema di programmazione pubblica, verso un sistema misto, caratterizzato dall'introduzione di una regolazione che consenta maggiore competizione e pluralismo tra i fornitori, da un più stretto intreccio tra assistenza formale e assistenza informale, da un rafforzamento della posizione dell'utente, che è chiamato ad uscire da una posizione di dipendenza e ad assumere maggiori responsabilità dirette (sia di compartecipazione al costo quando ne ha la possibilità, sia di selezione

dei fornitori e del modello di cura che considera più adeguato alle sue necessità).

In una parola, la tendenza in atto sembra essere verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi di cura.

Più in generale i modelli applicati dei vari Paesi sono riconducibili ai due seguenti.

- 1) Un'assicurazione obbligatoria che offre, su base universalistica, una protezione di base contro il rischio della non-autosufficienza: ai Livelli Essenziali di Assistenza riconosciuti dal meccanismo assicurativo si aggiungono non solo le contribuzioni integrative dei beneficiari, ma anche il sostegno finanziario offerto dagli Enti locali a favore dell'utenza più povera. Si tratta del modello adottato dalla Germania e successivamente introdotto anche in Austria e in Lussemburgo. Alla base della sua adozione vi è l'esplicito riconoscimento della responsabilità pubblica rispetto alla copertura universalistica, estesa a tutta la popolazione, contro il rischio della non-autosufficienza, da cui discende la decisione di adottare una forma di prelievo obbligatorio finalizzato alla copertura finanziaria del nuovo programma. Una seconda implicazione riguarda la necessità che i meccanismi finanziari di contribuzione dell'assistenza siano centralizzati (a livello nazionale e di singoli Länder, nel caso tedesco) e sottoposti ad una notevole standardizzazione (definizione unica dei livelli di contribuzione, dei criteri di valutazione della non-autosufficienza, del valore economico delle prestazioni erogate). Aspetto problematico di tale modello resta l'incertezza della tenuta finanziaria nel medio periodo, connessa all'aumento previsto del volume delle prestazioni e alla contemporanea riduzione della base contributiva.
- 2) Un programma specifico di intervento a favore della non-autosufficienza che fa leva su risorse provenienti dalla *fiscalità generale*, della cui allocazione sono incaricate le autorità locali entro un quadro di vincoli finanziari più o meno stringente; il decentramento delle decisioni di spesa comporta, come conseguenza, l'esistenza di differenziazioni territoriali e una notevole frammentazione dei programmi. Nel complesso questo modello non implica il riconoscimento di alcun diritto esplicito alla cura stabilito su base universalistica e si tratta di un sistema il cui profilo segue le caratteristiche locali e specifiche del bisogno di cura, garantendo una maggiore integrazione con i servizi territoriali esistenti. Problemi derivano dalle *resistenze locali* alle innovazioni introdotte dal Governo oppure dal grado diverso di responsabilizzazione delle Autorità locali in merito all'assunzione in carico del bisogno assistenziale dei non-autosufficienti. L'esperienza francese è, da questo punto di vista, esemplare per l'assenza di una responsabilità di spesa assunta a livello centrale, che ha determinato aspre differenziazioni nell'attuazione locale delle prestazioni per la dipendenza.

La scelta tra un modello assicurativo ed uno affidato alle responsabilità locali dipende in gran parte dalle caratteristiche più generali del sistema di *welfare*.

In Italia gran parte dell'assistenza ai soggetti non-autosufficienti si traduce attualmente nella distribuzione di sostegni monetari, spesso allocati senza alcun vincolo o controllo sulle modalità di utilizzo. In particolare, il programma più diffuso è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, distribuite con un ammontare fisso indipendente dal reddito alla popolazione totalmente invalida e a chi si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbia bisogno di un'assistenza continua. A questa misura si accompagna l'offerta locale di servizi residenziali e domiciliari, che è tuttavia ancora scarsa e copre una minima parte del bisogno assistenziale della popolazione anziana. Si tratta di un sistema, dunque, che in gran misura si affida alla cura svolta dalle famiglie. Non è, dunque, un caso che, sinora, l'Italia sconti un notevole ritardo nell'impostazione di un programma di copertura del rischio della non-autosufficienza.

Rispetto ai principali Paesi europei, l'Italia ancora spicca soprattutto per l'assenza di un pensiero e di una proposta forti che affrontino il problema della non-autosufficienza, un problema di dimensione crescente, che tanto disagio provoca a molte persone anziane e disabili e alle loro famiglie.

Occorre puntare pertanto a:

- aumentare le risorse finanziarie per la fornitura di servizi sanitari e sociali per la non-autosufficienza attuando un modello adatto al Paese;
- rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti tramite l'introduzione di meccanismi competitivi;
- attribuire maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi;
- sostenere maggiormente le famiglie che si incaricano dell'assistenza;
- regolarizzare e stimolare la pluralità dell'offerta privata di servizi;
- sostenere la rete di assistenza informale ed il volontariato;
- sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato;
- attivare sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari, anche attivando graduatorie degli erogatori e commisurando i compensi alla qualità oggettiva.

2.2.2. Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale

Non vi è dubbio che il Servizio Sanitario Nazionale debba prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata).

Le categorie di malati interessate a questo nuovo modello di assistenza sono sempre più numerose: pazienti cronici, anziani non autosufficienti o affetti dalle patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali.

Gli obiettivi di questa assistenza sono la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti, raramente quelle della loro guarigione.

Deve pertanto svilupparsi, nel mondo sanitario, un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

Innanzitutto è indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

A tale scopo i Servizi e le Istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovrà essere di conseguenza ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale.

In accordo con questo orientamento il medico di medicina generale diviene l'operatore di riferimento per il processo di deospedalizzazione e per il corretto utilizzo dei nodi di assistenza collocati nel territorio. In alcuni Paesi stranieri il medico di medicina generale può essere supportato dal "Coordinatore del caso", che gestisce tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza del paziente nei diversi nodi della rete assistenziale ed, in particolare, nel trasferimento da un nodo all'altro.

Il Coordinatore del caso deve possedere le conoscenze di base dei settori sociali e sanitari e deve essere dotato di capacità organizzative e gestionali. Insieme al medico di medicina generale, il Coordinatore deve garantire la personalizzazione del rapporto col paziente ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il periodo di assistenza, verificando inoltre che i costi associati ai trattamenti resi permangano all'interno dei budget assegnati.

Uno dei nodi della rete che dovrà essere molto potenziato è quello dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento all'ospedalizzazione a domicilio. I progressi compiuti nel settore medico-sanitario consentono, infatti, di effettuare a domicilio anche prestazioni di tipo specialistico, che fino a poco tempo fa erano eseguibili solo all'interno degli Ospedali per acuti, tanto da poter curare a domicilio patologie quali gli scompensi cardiocircolatori cronici, l'ipertensione arteriosa, le broncopneumopatie croniche, le patologie ematologiche, oncologiche, neurologiche e le epatopatie cronico-evolutive.

Particolare sviluppo deve essere assicurato, poi, all'erogazione a domicilio delle cure palliative per i malati terminali, che sono oggi sottoposti ai notevoli disagi del trasferimento e delle attese, quando devono ricorrere alle stesse cure in ambito ospedaliero ambulatoriale.

Alcuni affermati modelli prevedono che per tutte le prestazioni di ospedalità a domicilio il paziente non venga preso in carico dal Distretto e dal medico di medicina generale, ma resti in carico dell'Ospedale che apre un cartella apposita. Ciò non toglie che la collaborazione con il Distretto e con il

medico di medicina generale sia essenziale e alla loro responsabilità il paziente venga affidato non appena le condizioni cliniche lo consentano.

La gestione dei servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni individuino le forme di governo più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato. A questo fine è anche possibile prevedere che le Istituzioni pubbliche si consorzino ed affidino a terzi la organizzazione e gestione dei servizi.

Per permettere il maggior recupero raggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui è opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Per le disabilità più marcate la disponibilità di Centri territoriali ambulatoriali o residenziali di riabilitazione è essenziale. In tal senso il ridisegno della rete ospedaliera e la conversione di alcuni Ospedali minori in *Centri Distrettuali di Salute*, dotati oltre che di Pronto Soccorso di base, di diagnostica, di reparti di osservazione, di strutture ambulatoriali o di residenze diurne, anche di reparti di riabilitazione intensiva o estensiva, potrà aumentare la disponibilità oggi limitata ad alcune aree del Paese.

a) *Gli obiettivi strategici*

Sono obiettivi a lungo termine in questa area:

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non auto-sufficienza della popolazione;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona e correttamente governata ancorché non necessariamente gestita dalle ASL e dai Comuni;
- il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo, grazie anche alla collaborazione del medico di medicina generale e del "coordinatore dei casi";
- la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
- il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo;
- la previsione di meccanismi di erogazione di ortesi, ausili e protesi omogenei in tutte le ASL;
- l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare, ma anche servizi che vanno dai Centri ricreativi e culturali fino alla realizzazione di postazioni di custode sociale per le persone anziane che vivono nei grandi caseggiati di periferia e alla somministrazione di farmaci per la prevenzione dell'osteoporosi.

b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni

Per i tre anni di applicazione del Piano vengono fissati i seguenti obiettivi:

- avviare lo studio per l'identificazione di una adeguata sorgente di risorse per la copertura dei rischi di non-autosufficienza;
- la sperimentazione di forme di "governo della rete" che integrino le competenze degli Ospedali, delle ASL e dei Comuni, con ricorso anche all'utilizzo di gestori di servizio privato nelle aree di sperimentazione;
- lo sviluppo di adeguati corsi teorici ed applicati per la formazione delle nuove professionalità, con particolare riferimento ai "Coordinatori dei casi";
- la sperimentazione di una metodologia di ospedalizzazione domiciliare;
- l'attuazione di Linee Guida per le cure palliative (G.U. del 14 maggio 2001, n. 110), relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori;
- la attivazione presso il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, di una Commissione Consultiva Nazionale per l'indirizzo ed il coordinamento degli interventi a favore dei pazienti che necessitano di cure continuative ed integrate;
- la riformulazione ed informatizzazione del nomenclatore tariffario in generale e dei presidi ed ausili tecnici in particolare.

**2.2.3. Un modello di cura ed assistenza a domicilio
(integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali)**

Un modello organizzativo di *cura ed assistenza domiciliare* include il coinvolgimento di 3 componenti:

- 1) l'*Ospedale*, che porta a domicilio del paziente alcune terapie specialistiche, quali le cure palliative, la terapia infusione, la chemioterapia, la nutrizione artificiale, la dialisi peritoneale, la riabilitazione funzionale e le terapie per pazienti con problemi cardiovascolari e respiratori;
- 2) il *Distretto*, cui è affidato il compito di assicurare le cure primarie di tipo domiciliare con particolare rilievo alla figura del *medico di medicina generale* che costituisce l'attore principale, eventualmente coadiuvato da un Coordinatore del caso;
- 3) i *servizi sociali* erogati dal Comune o per delega dallo stesso Distretto.

Tale modello è stato attivato da una ASL in un'area di circa 100.000 abitanti che include un Servizio Unico apposito con annessa Centrale Operativa di Coordinamento che si raccorda con i Presidi ospedalieri, i medici di medicina generale, i servizi sociali comunali, le strutture sanitarie territoriali (RSA, IDR, Hospice) e le associazioni di volontariato.

Il Servizio Unico è il luogo in cui si ricompongono ad unitarietà i processi di cura, si valutano le componenti della fragilità, si gestisce la complessità dei percorsi di cura e la variabilità con la quale si esprimono e modificano i bisogni dell'assistito, si identifica il *setting assistenziale* in termini di peso del case-mix - durata del percorso di cura - intensità assistenziale, si definiscono le responsabilità nel lavoro integrato, si attivano le consulenze specialistiche e si coordinano i diversi settori impegnati al fine di assicurare

la necessaria continuità terapeutica tra strutture ospedaliere e territoriali. Il Servizio Unico con Centrale operativa può essere gestito direttamente dalle Aziende Sanitarie (ASL, Ospedale) o affidato al privato o al privato sociale. E' anche possibile prevedere sperimentalmente una fondazione a finalità pubblica aperta anche al privato in analogia a quanto previsto per alcuni IRCCS, come descritto a pag. 40-41.

I destinatari sono le persone in condizione di fragilità:

- a) inguaribili che non rispondono più a trattamenti specifici;
- b) multiproblematici e/o non autosufficienti;
- c) dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta);
- d) portatori di patologie croniche e/o in particolari condizioni di disagio sociale;
- e) disabili gravi.

La segnalazione si compie a cura del medico curante (ospedaliero o territoriale), di un familiare o dei servizi sociali presso la sede del Servizio Unico che, attraverso una propria Centrale operativa e i Coordinatori del caso che ad essa afferiscono, assicura:

- un punto di riferimento per l'informazione e lo stretto collegamento con i servizi tutelari e socio-assistenziali;
- un rapido contatto con personale qualificato che valuta le segnalazioni e fornisce consulenza;
- la predisposizione di percorsi assistenziali, concordati con il medico di medicina generale, finalizzati a garantire piani di cura personalizzati e continui, definendo il mix delle risorse necessarie;
- la disponibilità di équipe con competenze multiprofessionali (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, dietisti e assistenti sociali) a supporto dei medici di medicina generale per la realizzazione del piano di cura;
- la collaborazione e l'integrazione funzionale con l'assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato.

La valutazione è effettuata dopo il colloquio con la famiglia e, in base alle complessità evidenziate, può coinvolgere più figure professionali o richiedere l'intervento dell'équipe multidisciplinare. Per i pazienti ricoverati la dimissione protetta è organizzata in collaborazione con il Reparto interessato ed il medico curante.

Nel caso s'identifichi l'assistenza domiciliare come la risposta più appropriata si provvede a formulare il piano di cura con l'individuazione:

- dei problemi dell'assistito e della sua famiglia;
- degli obiettivi assistenziali;
- delle modalità di realizzazione (responsabilità clinico-assistenziale, prestazioni, operatori, frequenza degli accessi, tempi e metodi di lavoro);
- degli ausili e presidi necessari;
- dei criteri di verifica, controllo degli esiti e qualità delle prestazioni erogate.

Si distinguono i seguenti percorsi assistenziali domiciliari a diverso grado di protezione e intensità di cura:

- assistenza sociale;
- assistenza infermieristica e/o riabilitativa estemporanea;
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza domiciliare specialistica per cure palliative e pazienti critici (*Ospedale a domicilio*).

Se il caso richiede risposte residenziali si attivano le procedure per i ricoveri temporanei, di pronto intervento o definitivi, presso le strutture residenziali di riabilitazione, le RSA, gli Hospice.

Le riunioni formali ed informali dell'équipe curante ed i contatti con il personale dedicato al coordinamento, costituiscono uno strumento di lavoro, non solo nella programmazione, ma anche nella fase operativa, al fine di assumere decisioni di natura clinico-assistenziale, comprendenti l'eventuale passaggio ad altri livelli erogativi, la revisione periodica delle procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e di bisogni alla luce dei risultati ottenuti, la verifica del raggiungimento degli obiettivi al termine del piano di cura, la soddisfazione della persona e della sua famiglia, la valutazione dell'equilibrio economico in merito alle decisioni assunte.

I risultati ottenuti in circa 10 anni di attività del modello illustrato sono ritenuti assai soddisfacenti sia per gradimento degli utenti sia in termini di contenimento della spesa.

2.3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Un obiettivo importante da perseguire nell'ambito del diritto alla salute è quello della qualità dell'assistenza sanitaria. E' la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi e incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

La qualità in sanità riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure, e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, alla efficienza gestionale, alla equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.

La normativa ISO 9000 progettata anche per la sua applicazione in sanità, dopo il successo ottenuto nell'industria e negli altri servizi, definisce un insieme di regole, che includono l'organizzazione aziendale, le responsabilità, la analisi minuziosa dei processi, la formazione del personale e le verifiche esterne da parte di soggetti accreditati, con rilascio della certificazione.

La nuova versione (*Vision 2000*) ha ulteriormente migliorato il sistema, che è sempre più finalizzato al soddisfacimento dei bisogni del paziente-utente e che per la prima volta include come passo obbligatorio la loro rilevazione,

preliminarmente all'azione aziendale. Il sistema viene assoggettato non solo a verifiche periodiche interne, ma anche a verifiche esterne da parte di un soggetto terzo accreditato, che dopo il controllo, certifica l'aderenza del sistema di garanzia della qualità alla norma ISO e l'aderenza dei servizi effettuati a quanto promesso dall'azienda ai suoi utenti. Il sistema di garanzia di qualità secondo la norma ISO è interno all'azienda ed esige un'apposita organizzazione dedicata, capace di coinvolgere tutto il personale a cominciare dalla Direzione.

L'istituto della certificazione è, quindi, diverso da quello dell'accreditamento previsto dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502. L'accreditamento, infatti dovrebbe essere il processo attuato dalle Regioni per ammettere gli erogatori, cioè le strutture autorizzate e certificate, a fornire servizi finanziati dal Fondo Sanitario Regionale, dopo adeguata contrattazione delle tipologie e dei volumi di prestazioni e dei relativi prezzi. Il processo di accreditamento prevede ulteriori requisiti degli erogatori di servizi certificati, ma non dovrebbe sostituirsi al processo di autorizzazione e a quello di certificazione e l'intera materia deve quindi essere riesaminata e migliorata, anche perché non si può ammettere che la mera esistenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento dia automaticamente diritto agli erogatori di servizi ad operare per il Servizio Sanitario Regionale.

La certificazione degli erogatori di servizio può contribuire a rafforzare il controllo della collettività, che si sostituisce al controllo burocratico, finora esercitato dallo Stato. Il ruolo di un Osservatorio di parte terza indipendente, capace di misurare i risultati delle prestazioni erogate e certificate, deve completare questa nuova forma di controllo della società sui servizi sanitari. Le Aziende Sanitarie pubbliche italiane hanno incominciato a percorrere questo cammino, ma quelle certificate sono ad oggi ancora molto poche. E' indispensabile che il loro numero cresca rapidamente, che vengano progressivamente certificati tutti i reparti e i servizi interni alle aziende e che la certificazione sia corretta e completa.

Per l'aspetto umano, è opportuno che venga misurata anche la qualità percepita da parte dei pazienti, che rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell'utente.

Il rilevamento della soddisfazione dell'utente è una prassi consolidata sia nel settore privato che in quello pubblico, ma non ha ancora assunto una funzione strategica nella valutazione degli interventi sanitari: una politica della salute, che voglia avvicinarsi al cittadino, rendere più efficace la sua azione e rispondere al requisito di soddisfazione dell'utenza, necessita di una modalità di controllo e di misurazione della percezione del servizio erogato che consenta di valutare le aree di forza e di debolezza della prestazione sanitaria. Infatti oltre alla valutazione attraverso le prove di efficacia (Evidence Based Medicine), nel campo della salute è necessario far riferimento a parametri qualitativi e relazionali, difficilmente esauribili in misurazioni di carattere quantitativo.

Il CRM (Customer Relationship Management) è uno strumento per la gestione della domanda e dell'offerta. L'efficacia e la riuscita di un progetto di CRM deve considerare il raggiungimento dei suoi obiettivi in chiave di

soddisfazione, di relazione e di coinvolgimento nello scambio. Dovranno pertanto essere approntate metodologie differenti a seconda del tipo di servizio richiesto: diverse infatti sono le immagini del servizio che si hanno, le aspettative che vengono mobilitate nella richiesta e la tensione emotiva connessa ai problemi da risolvere.

In materia di sanità non è tuttavia possibile importare direttamente le metodologie e i criteri usati nella misura della soddisfazione del cliente in ambiti di servizio e di consumo. Infatti i problemi, la reazione psicologico-percettiva, l'aspettativa e l'immagine che viene percepita nel contesto sanitario è di tipo particolare e non può essere assimilata a quanto si verifica in altri tipi di servizio. In particolare un'attenzione speciale dovrà essere dedicata alla elaborazione dei criteri di validazione, perché raramente l'utente è a conoscenza dei requisiti tecnici e possiede le competenze adatte a dare un giudizio sull'intervento, mentre è in grado di verificare lo stile di relazione, il tipo e grado di servizio collaterale, la percezione dei luoghi di diagnosi e cura e degli atteggiamenti e comportamenti del personale addetto. Un particolare ambito della qualità riguarda le modalità con le quali il cittadino utente viene trattato dalle Istituzioni e dai Servizi sanitari, che rientrano complessivamente nell'ambito del diritto al rispetto della dignità della persona. Pochi temi sono tanto sentiti dagli Italiani come il modo con il quale le persone vengono ascoltate e trattate dai Servizi sanitari. Non vi è dubbio che tali aspetti devono essere migliorati nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche se non possiamo nasconderci che quest'ultimo, proprio per il fatto che "il denaro non accompagna direttamente l'utente" (cioè non è nelle sue mani), si presta meno di alcuni sistemi assicurativi o di rimborso (indiretta) a questi fini.

Il bench-marking costituisce una procedura utile per confrontare tra loro erogatori di servizio diversi, individuare i soggetti migliori e trasferire da questi agli altri il know-how e le conoscenze professionali utili al miglioramento.

Una particolare forma di *bench-marking* è quella dei "report cards" attuata in alcuni Paesi anglosassoni che, in base a periodiche raccolte di dati attinenti agli esiti di alcuni interventi chirurgici, consente di stilare una classifica degli erogatori di servizi e quindi di fornire ai cittadini una guida oggettiva a scegliere le strutture migliori.

Si realizza in tal modo, contemporaneamente alla trasparente comunicazione ai cittadini, un potente stimolo alle strutture perché migliorino la qualità delle loro prestazioni.

In Italia si è iniziato ad attivare sperimentalmente due "report cards" (sui trapianti di organo e sul by-pass aorto-coronarico) tramite una procedura, inizialmente su base volontaria e su autocertificazione, gestita dall'Istituto Superiore di Sanità in accordo con le Regioni. Dopo un periodo di sperimentazione e sulla base dei dati verificati da una struttura di *audit*, quest'attività verrà estesa, se efficace, per includere anche altre procedure chirurgiche maggiori quali, ad esempio, gli interventi di protesi d'anca.

La combinazione di questi strumenti di supporto alla qualità oggettiva, uniti ai sondaggi sulla qualità percepita dagli utenti, sarà lo strumento più efficace per indirizzare gli interventi di miglioramento delle prestazioni

sanitarie, riducendone i costi, a tutto vantaggio del cittadino utente e della finanza pubblica.

A questo obiettivo il Servizio Sanitario Nazionale si sente fortemente impegnato, anche a seguito dell'appello del Presidente della Repubblica a ridurre le liste d'attesa e a rendere uniformi, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, le prestazioni sanitarie erogate sul territorio nazionale.

L'appropriatezza dell'uso delle tecnologie è un altro aspetto che può confluire nel tema della qualità se si vuole che il Servizio Sanitario Nazionale utilizzi in modo efficiente le risorse finanziarie disponibili. Obiettivo della valutazione delle tecnologie sanitarie è quello di fornire a coloro che sono responsabili delle scelte in campo sanitario le informazioni necessarie, i criteri ed i metodi per prendere le decisioni relative all'uso delle tecnologie mediche secondo il principio di *costo/efficacia*.

Infine, è necessario affrontare il problema degli errori in medicina (che include anche le patologie iatrogene e le infezioni ospedaliere), che si propone oggi con una dimensione significativa. In effetti l'errore in medicina, inteso come errore in una delle fasi del processo di diagnosi e cura, quale che sia la figura professionale che ne ha la responsabilità finale, costituisce oggi una delle dieci principali cause di morte, e tra tutte è la meno accettabile. La condizione indispensabile per prevenire l'errore in medicina è una conoscenza precisa del problema, sia in termini di identificazione delle aree più critiche e che necessitano di un intervento più immediato, sia in termini di analisi delle cause dell'errore, più spesso attribuibile a difetti del sistema che a colpa del singolo operatore. Mentre per il primo obiettivo è sufficiente una raccolta dei dati relativi all'incidenza dei vari tipi di errore ed alle aree cliniche o di servizio in cui avvengono, per il secondo obiettivo i dati necessari sono molto più estesi e complessi, implicando una precisa conoscenza del processo e delle procedure. E' quindi necessario prevedere un sistema coordinato di vigilanza dell'errore, articolato a tre livelli (nazionale, regionale ed ospedaliero), che utilizzi un metodo standardizzato di raccolta ed analisi dei dati e che sia sostenuto da una rete informatica. La segnalazione può essere obbligatoria, volontaria o mista; in alcuni Paesi la segnalazione degli errori che hanno avuto conseguenze mortali o gravi nell'ammalato è obbligatoria, mentre quella degli errori che hanno avuto conseguenze minime o nulle è volontaria. Per ottenere segnalazioni su base volontaria è indispensabile però superare la reticenza dovuta al timore di provvedimenti disciplinari ed è quindi necessario da un lato prevedere un sistema di segnalazione che garantisca l'anonimato o la non perseguibilità e dall'altro convincere gli operatori sanitari e le Istituzioni che la conoscenza dell'errore è indispensabile per migliorare il sistema e prevenire il suo ripetersi. La farmacovigilanza e l'emovigilanza sono sistemi già operativi che potrebbero costituire un ottimo modello per l'attuazione di un sistema di vigilanza dell'errore in medicina, essendo entrambi relativi a procedure, quali la prescrizione e somministrazione di farmaci e la trasfusione di emocomponenti, trasversali alla maggioranza delle aree cliniche. Queste due procedure sono peraltro quelle in cui già è stato sperimentato con successo il ricorso a strumentazione elettronica nei reparti clinici per prevenire l'errore;

l'implementazione di questa metodologia in un più ampio ambito sanitario va considerata quindi come un obiettivo complementare a quello dell'istituzione del sistema di sorveglianza.

a) *Gli obiettivi strategici*

L'obiettivo a lungo termine è quello di implementare un servizio di *garanzia di qualità* in tutte le strutture che erogano servizi ed è raggiungibile, in almeno la metà dei casi, nel prossimo quinquennio.

La complessità della valutazione della qualità e l'importanza di acquisire dati che siano aggiornati e tempestivi, ed il più possibile liberi da ogni tipo di condizionamento, suggeriscono di promuovere la nascita di un "Osservatorio indipendente per il monitoraggio della qualità", come strumento operativo a disposizione del Ministero della Salute e delle Regioni, nonché delle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Altri obiettivi a lungo termine sono i seguenti:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità e incentivare con opportuni strumenti contrattuali il rispetto della qualità nelle prestazioni sanitarie;
- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;
- promuovere la conoscenza, tramite un servizio preposto, dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;
- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico - terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di *bench-marking* sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni e realizzare graduatorie e classifiche di erogatori, comunicandole alla popolazione;
- avviare un processo per mettere a regime sul territorio nazionale un progetto CRM.

b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni*

Appare prioritario un accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute per approfondire la possibilità dell'implementazione in ogni struttura sanitaria di un Servizio per la Qualità, che avvii il processo che dovrà portare alla sua certificazione.

Nel corso dei tre anni saranno perseguiti i seguenti obiettivi, cui corrispondono altrettante azioni:

- promuovere all'interno di ogni Azienda Sanitaria la costituzione di un Servizio della Qualità, con l'obiettivo di portarlo alla certificazione secondo la norma ISO 9000;
- assegnare al Servizio della Qualità una valenza strategica, tramite la sua collocazione in staff ai vertici dell'azienda e collegare il Servizio ai singoli reparti operativi della struttura attraverso referenti di reparto;

- sostenere i Servizi della Qualità nella redazione di un Manuale della Qualità;
- rivedere l'attuale normativa sull'accreditamento;
- promuovere la nascita dell'Osservatorio per la Qualità, che proceda alla progettazione e realizzazione di un sistema articolato di monitoraggio e reporting;
- avviare un sistema di *bench-marking* e classifica degli erogatori di servizi ("*report cards*") partendo dai trapianti di organo e dai by-pass aorto-coronari, da affidare alla gestione dell'Istituto Superiore di Sanità in accordo con le Regioni per la prima fase di progettazione ed applicazione;
- avviare un'azione di contrasto agli errori in medicina, che passi attraverso il controllo in reparto, tramite strumentazione elettronica, della corretta somministrazione di farmaci, sangue e suoi componenti e la realizzazione di un sistema di sorveglianza.

2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico. Questo concetto, ripreso recentemente anche nel Piano Sanitario inglese, è in linea con il pensiero espresso fin dalla metà del secolo scorso da Carlo Cattaneo, grande filosofo ed "economista pubblico". Nonostante gli sforzi compiuti, nessuna delle tre risorse citate è stata ancora valorizzata nella nostra sanità in misura sufficiente.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti.

Solo oggi si comincia in Italia a realizzare un organico programma di aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 diventa, infatti, realtà l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben più importante, inizia, secondo l'accordo del 20 dicembre 2001 con le Regioni, e grazie all'adesione di varie organizzazioni e associazioni inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la Federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società scientifiche italiane, l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche e soprattutto la rete informatica.

Un personale aggiornato è garanzia, per il malato, di buona qualità delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso, che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività. Ovviamente l'aggiornamento sistematico è solo uno degli strumenti di valorizzazione del personale. Operare in un sistema nel quale vi sia certificazione della qualità è un altro elemento di gratificazione per gli operatori sanitari. Un ulteriore elemento è costituito da

un rapporto di lavoro che premi la professionalità e liberi il medico da una serie di vincoli e limitazioni per rendere più efficace la sua opera.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie per le quali si impone la nascita di una nuova “cultura della professione”, così che il ruolo dell’infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell’utenza, all’autentico fondamento epistemologico del nursing. In questo senso va letto il Decreto Legge 12 novembre 2001 n. 402, convertito nella Legge 8 gennaio 2002 n. 1, che consente alle strutture sanitarie di avvalersi di infermieri professionali e altri professionisti che lo desiderino per esercitare un’attività libero-professionale per alcuni versi analoga a quella consentita ai medici, e che permetta loro una migliore gratificazione economica, oltre alla possibilità di avere pari accesso alle qualificazioni universitarie. Si è, inoltre, ritenuto importante consentire agli operatori socio-sanitari di svolgere alcune attività assistenziali, a seguito di corsi di formazione.

Il capitale sociale va inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell’assistenza, del volontariato e del non-profit, della comunicazione, dell’etica, dell’innovazione, della produzione, della ricerca, nonché del capitale privato, che possono contribuire ad aumentare le risorse finanziarie per l’area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata.

Gli investimenti per l’edilizia ospedaliera e per le attrezzature risalgono per la maggior parte alla Legge 11 marzo 1988 n. 67 e molti dei fondi da allora impegnati non sono ancora stati utilizzati per una serie di difficoltà incontrate sia dallo Stato sia dalle Regioni in fase di progettualità e di realizzazioni.

Alla luce delle necessità di oggi, una consistente parte delle risorse dovrebbe essere utilizzata per realizzare Centri di Eccellenza, capaci di offrire uniformemente sul territorio nazionale prestazioni di alta specialità e di trattenere così nella Regione i pazienti che attualmente sono costretti ad emigrare per vedere soddisfatti alcuni dei loro bisogni di salute. L’investimento in Centri di Eccellenza è strategico anche in vista della libera circolazione dei pazienti nell’Unione Europea, di cui già si è cominciato a discutere.

Il risultato finale deve, in sintesi, prevedere la sinergia di interventi mirati a:

- dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;
- attuare un Servizio di Garanzia di Qualità in ogni struttura che eroga servizi sanitari per consentirne la certificazione (di parte terza indipendente);
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;
- utilizzare i fondi ancora disponibili per le strutture e attrezzature ospedaliere, dedicando buona parte degli investimenti ai Centri di Eccellenza distribuiti strategicamente su tutto il territorio nazionale e tra loro collegati in rete con scambi di conoscenze e personale;

- detassare le donazioni per sanità e ricerca e strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;
- alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;
- investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per riportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati;
- sviluppare il mercato sociale, le imprese sociali ed il volontariato socio-sanitario.

Per realizzare questi punti è necessario muoversi per gradi e con la tecnica dei piccoli passi, ben direzionati.

2.5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, deve rispondere alla esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in sé i concetti di responsabilità individuale e collettiva, insiti nell'esercizio di ogni attività volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione.

Già nel 1999 (Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229) e nel 2000 (Decreto Ministeriale 5 luglio 2000) ne sono state delineate l'infrastruttura amministrativa, decisionale e politica, ed è stato valorizzato il ruolo sociale della formazione permanente, in una situazione nella quale le iniziative, pur numerose, e prevalentemente di tipo congressuale, erano focalizzate quasi esclusivamente sulla professione medica, interessando le altre professioni dell'area sanitaria solo in maniera frammentaria.

La volontarietà era, del resto, la caratteristica portante di queste iniziative: nonostante il valore spesso molto elevato di alcune di esse, non è sempre stata data sufficiente importanza alla dimensione deontologica della formazione professionale, intesa non solo come un dovere di valorizzazione della propria professionalità e di autoarricchimento, ma anche come una responsabilità forte nei riguardi della collettività.

Il recente accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito in maniera positiva la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1 febbraio 2002, ha affrontato innanzitutto il problema dell'impostazione *ex novo* del sistema della formazione permanente e dell'aggiornamento sia sotto il profilo organizzativo ed amministrativo sia

sotto quello della cultura di riferimento, attraverso confronti nazionali e regionali con diversi attori del sistema sanitario: ciò ha portato alla attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal gennaio 2002.

Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi. Il razionale sotteso a questo approccio è evidente: nel momento in cui si afferma la centralità del paziente e muta il contesto dell'assistenza, con la nascita di nuovi protagonisti e con l'emergere di una cultura del diritto alla qualità delle cure, risulta impraticabile la strada di una formazione élitaria, limitata ad una o a poche categorie professionali, e diviene obbligo morale la garanzia della qualità professionale estesa trasversalmente a tutti i componenti della équipe sanitaria, una utenza di oltre 800.000 addetti delle diverse professioni sanitarie e tecniche.

In una prospettiva ancora più ampia, la formazione continua potrà diventare uno degli strumenti di garanzia della qualità dell'esercizio professionale, divenendo un momento di sviluppo di una nuova cultura della responsabilità e del giusto riconoscimento della eccellenza professionale.

a) *Gli obiettivi strategici*

Partendo dalle premesse culturali e sociali sopra delineate, si pone l'obiettivo di disegnare le linee strategiche della formazione continua, nella quale i contenuti ed i fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali. E ciò è particolarmente significativo per quanto concerne la ripartizione tra obiettivi formativi di rilevanza nazionale, di rilevanza regionale e di libera scelta.

Gli obiettivi nazionali devono discendere, attraverso una intesa tra Ministero della Salute e Regioni, dal presente Piano Sanitario e stimolare negli operatori una nuova attenzione alle dimensioni della salute - in aggiunta a quelle della malattia - alla concretezza dei problemi sanitari emergenti ed ai nuovi problemi di natura socio-sanitaria.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle amministrazioni regionali, chiamate ad una azione più capillare legata a situazioni epidemiologiche, sociosanitarie e culturali differenti. Il ruolo delle Regioni nel campo della formazione sanitaria continua diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse: elemento di crescita degli operatori sanitari, di loro sensibilizzazione alle realtà, in una parola di coerenza e di *compliance* della qualità professionale con le specifiche richieste dei cittadini e del territorio.

Infine, gli obiettivi formativi di libera scelta dell'operatore sanitario rappresentano l'elemento eticamente forse più rilevante della nuova formazione permanente: essi, infatti, si richiamano direttamente alla capacità dell'operatore di riconoscere le proprie esigenze formative, ammettere i propri limiti e decidere di colmarli.

Un ulteriore elemento di novità è rappresentato dal coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, inclusa quella assai importante dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, non solo quali attori della

pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali. Sotto quest'ultimo profilo, attenzione dovrà essere posta proprio all'armonizzazione tra il sistema formativo italiano e quello europeo, in coerenza con i principi della libera circolazione dei professionisti.

Ancora, le Società Scientifiche dovranno trovare ampia valorizzazione nel sistema della formazione continua, garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia.

Da ormai molti anni la maggior parte delle Società Medico Scientifiche Italiane si è riunita nella Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM) che ha operato per dare agli specialisti italiani un ruolo di interlocuzione con le Istituzioni, inteso primariamente come contributo culturale ed operativo all'identificazione ed allo sviluppo delle attività sanitarie e mediche nel Paese. Oggi le Società Scientifiche hanno trovato pieno riconoscimento del loro ruolo per l'ECM, la cui organizzazione si è così arricchita di risorse culturali ed umane.

Nel sistema che si sta creando, attenzione dovrà anche essere dedicata al mondo della editoria, sia cartacea che on-line, in maniera da garantire che i prodotti immessi in circolazione siano coerenti con le finalità del sistema formativo.

Da ultimo, ma non meno importante, è il coinvolgimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle Aziende Ospedaliere e delle Università nonché delle altre strutture sanitarie pubbliche e private: esse rappresentano la naturale sede della formazione continua, in quanto in grado di offrire quella "formazione in contesto professionale", eminentemente pratica ed operativa, senza la quale la formazione continua rimane un mero esercizio cognitivo, privo di qualsiasi possibilità di ricaduta concreta sulla qualità delle cure.

Non potrà, infine, mancare un ruolo sempre più attivo degli Ordini professionali, specie quelli dei medici e degli odontoiatri, cui spetta la difesa dei valori di categoria e il ruolo di "notai" dei crediti acquisiti dai singoli iscritti.

b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni

La necessità di coinvolgere una utenza di oltre 800.000 professionisti impone gradualità nell'introduzione e nell'attuazione del sistema. Alla luce di ciò, e delle considerazioni sopra riportate, si ritiene che gli obiettivi raggiungibili nei prossimi tre anni siano i seguenti:

- a) avvio della fase a regime (dal 2002), con apertura di un sito Internet dedicato, che accetterà la registrazione di eventi formativi i cui crediti, assegnati secondo griglie predisposte dalla Commissione Nazionale e valutata da *referees* anonimi indicati dalle Società Scientifiche, saranno oggetto di certificazione ufficiale ai sensi della Legge;
- b) attuazione (dal gennaio 2002) della formazione intra-aziendale, come base per garantire una adeguata offerta formativa, in grado di soddisfare tutte le categorie professionali interessate;

- c) graduale applicazione dell'obbligo formativo, definito in dieci crediti per il 2002, venti crediti per il 2003 e trenta crediti per il 2004;
- d) attuazione della formazione a distanza per tutti gli operatori, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i liberi professionisti, mediante approvazione ed accreditamento delle piattaforme di *e-learning* e dei loro contenuti da parte della Commissione Nazionale tenendo conto del fatto che i medici di medicina generale hanno già sviluppato un sistema di informazione dei loro componenti mediante trasmissione di dati e immagini per via satellitare e simili iniziative sono state intraprese anche da altre Associazioni professionali;
- e) definizione dei criteri per il passaggio dall'accREDITAMENTO degli eventi formativi a quello dell'accREDITAMENTO dei providers, mediante la delega ai soggetti previsti dalla Legge ed in possesso di requisiti di idoneità, alla produzione di eventi formativi ed all'attribuzione dei relativi crediti;
- f) implementazione di un sistema di controllo sulla qualità degli eventi, dei providers e del programma generale di ECM affidato prevalentemente alle Società Scientifiche e alla loro Federazione;
- g) attuazione di un programma di verifica e di adeguamento "in progress", allo scopo di portare il sistema alla piena funzionalità alla fine del triennio;
- h) utilizzazione dei crediti per la conferma della validità dell'esame di abilitazione professionale e loro valorizzazione come titoli di carriera.

2.6. Ridisegnare la rete ospedaliera: nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali

Per molti anni l'ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

Ancora fino agli anni '70 gli strumenti diagnostici e terapeutici dei medici e degli Ospedali era sia relativamente limitati: non esistevano le apparecchiature sofisticate di oggi e quindi non era necessario disporre di superspecialisti. Basti citare in proposito l'esempio della bioimmagine che ha visto il progressivo affermarsi delle ecografie, TAC, NMR, e PET a fianco della radiologia tradizionale, in un vorticoso progresso tecnologico che comporta l'invecchiamento di costosissime apparecchiature nel giro di pochi anni.

Oltre alla diagnostica per immagini, si pensi alla necessità di *Unità Specializzate*, come l'*Unità Coronarica*, per il successo di alcuni trattamenti, senza i quali le possibilità di sopravvivenza dei pazienti scemano vistosamente.

Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su

quella dell'acuto. Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive. Un piccolo Ospedale generale diviene assai più utile se si attrezza con un buon Pronto Soccorso di primo livello, una diagnostica di base e un Reparto di osservazione e si connette con uno o più Centri di alta specialità ai quali inviare i casi più complessi, rinunciando ad attuare procedure diagnostiche o terapeutiche non più sufficientemente moderne.

L'Ospedale generale può attuare invece un buon programma per la cronicità, sia sotto forma di *Reparti di Riabilitazione e Convalescenza* per i pazienti anziani e di *Hospice* per i terminali, sia sotto forma di servizi per la cronicità a domicilio. La soluzione non è, quindi, quella di chiudere tutti i piccoli Ospedali, ma quella di riconvertirli ai bisogni più attuali della collettività, con l'obiettivo di potenziare i servizi sul territorio ed in particolare quelli per la cronicità a domicilio.

Accanto a questa rete di Ospedali minori, che meglio possono divenire Centri Distrettuali di Salute, è però necessario potenziare un numero limitato di *Centri di Eccellenza* di altissima specialità e complessità, situati strategicamente su tutto il territorio nazionale. Molti di questi Centri già esistono, ma parte di essi richiede un forte rilancio.

In alcune Regioni, in particolare, tali Centri sono ancora poco sviluppati; è questo il caso proprio delle Regioni dalle quali i pazienti sono costretti ad emigrare per ottenere le cure necessarie.

Non è, peraltro, impossibile rimediare a questi gravi inconvenienti umani ed economici anche in tempi non lunghi. Sono, infatti, disponibili ancora fondi per l'edilizia e le attrezzature ospedaliere che, se utilizzati con saggezza ed in base ad un accorto piano strategico dalle Regioni interessate, possono far nascere i Centri necessari nelle città prescelte, normalmente i capoluoghi di provincia. Non vanno inoltre trascurati altri meccanismi, come l'accreditamento di Ospedali privati eccellenti o il *project financing*, che consentono di richiamare nel servizio pubblico capitali ed esperienze private. Anche le Università ed i medici ospedalieri sono chiamati a questo rinnovamento, se è vero che un Centro di Eccellenza è tale non solo per le sue dotazioni edilizie e strumentali, ma soprattutto per la qualità del personale che le usa, e questa qualità può essere potenziata se i Centri di Eccellenza entrano tra loro in rete e si scambiano personale e conoscenze.

A tal fine occorre che le Regioni sappiano realizzare uno strategico e coraggioso ridisegno della loro rete ospedaliera, superando anche resistenze di settore o interessi di parte, ed è anche necessaria una forte azione di comunicazione con la popolazione interessata per la quale può essere utile il coinvolgimento dei Sindaci delle aree metropolitane, che dispongono oggi di notevoli poteri. Si pensi solo alla possibilità di utilizzare alcune aree o di organizzare il traffico ed i trasporti necessari per il servizio di tali aree. La figura del Sindaco, primo cittadino eletto dal popolo direttamente e quindi vicino ai bisogni della gente, va sapientemente utilizzata per la sanità delle grandi città in un rapporto sinergico con la Regione, da un lato, e con le Aziende Sanitarie e la popolazione dall'altro.

Solo se si saprà cogliere con questa ed altre modalità il cambiamento ed il nuovo che avanza in sanità, se si saprà attuare una buona comunicazione con i cittadini per far loro capire come sia necessario, nel loro interesse, assecondare il cambiamento ed adeguarvisi, se si saprà attirare capitali privati nel servizio pubblico e gestire questo con mentalità imprenditoriale sarà offerta al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità.

a) Gli obiettivi strategici

- Sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori in Presidi distrettuali di salute e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare nuovi e più dotati Centri di Eccellenza.
- Attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie.

b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni

- Costruire e potenziare, in accordo con le Regioni e con i Sindaci di alcune città metropolitane, alcuni Centri di Eccellenza e collegare in rete tali Centri in modo da realizzare un proficuo scambio di personale e conoscenze.
- Validare il modello sperimentale per trasferirlo, progressivamente e in accordo con le Regioni interessate, ad altri Centri di Eccellenza e grandi Ospedali metropolitani.
- Prendere a modello alcune specialità mediche, come l'ematologia, che hanno già istituito una rete coordinata fra i Centri operanti sul territorio nazionale per migliorare l'assistenza ai pazienti in ogni area del Paese.
- Identificare modalità gestionali per la corretta conduzione dei Centri di Eccellenza.

- Attivare servizi di consulenza a distanza, compresa la telematica, per i medici di medicina generale e per gli specialisti e sviluppare i mezzi per il trasporto sanitario veloce.
- Attivare, in accordo con le Regioni, alcune sperimentazioni in altrettanti IRCCS, in cui gli enti siano trasformati in Fondazioni di tipo pubblico onde migliorare la gestione di tali importanti istituti. A questo proposito è necessario cogliere l'opportunità delle essenziali modifiche relative all'assetto istituzionale offerte, in via sperimentale, dall'art. 28, comma 8, della Legge Finanziaria 28 dicembre 2001 n. 448, che prevede le seguenti possibilità:
 - a) inserire le Regioni e lo Stato pariteticamente nell'organo di governo dell'Ente per un fattivo coinvolgimento. Per questo si è pensato sulla scorta di esperienze straniere di trasformarli in Fondazioni, con un Consiglio di Amministrazione a maggioranza pubblica che garantisca la missione pubblica, ma anche con la possibilità di ammettere privati mecenati (ovvero economicamente disinteressati, quali ad esempio le Fondazioni bancarie) che possano apportare capitali, fermo restando la natura pubblica degli Enti, come previsto dall'art. 28 della Legge Finanziaria 2002;
 - b) attivare e/o partecipare società che gestiscono attività produttive al fine di generare risorse da utilizzare nella ricerca e nella gestione incluso il superminimo per il personale;
 - c) la Fondazione può affidare la gestione dei servizi in tutto o in parte a terzi. L'affidamento della gestione totale è difficile possa avvenire negli attuali IRCCS, il cui personale dipendente opera con contratto di lavoro di diritto pubblico. La soluzione relativa all'affidamento della gestione totale si può prevedere eventualmente per gli IRCCS che sorgano *ex novo*.¹

L'11 febbraio 2002 è stato sottoscritto a Milano l'accordo e lo Statuto della *Fondazione Policlinico Francesco Sforza* con cui si dà inizio alla sperimentazione in oggetto di un IRCCS pubblico derivante dalla fusione dell'IRCCS *Ospedale Maggiore di Milano* con *l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento*.

I vantaggi attesi da queste sperimentazioni sono i seguenti:

- 1) dare alle Regioni la possibilità di partecipare direttamente al governo degli IRCCS pubblici;
- 2) aumentare le risorse disponibili per la gestione e la ricerca tramite l'inserimento di privati mecenati disinteressati nel Consiglio di Amministrazione e tramite lo sviluppo di attività produttive cogestite

¹ In tal caso è però prevista una Commissione di vigilanza paritetica che garantisca la missione pubblica e vigili sul rispetto dei requisiti chiesti al privato gestore. A fronte della gestione il privato viene retribuito con un ammontare predeterminato, inizialmente calcolato sulla spesa storica, che comunque dovrà essere inferiore alla spesa media degli ultimi 3 anni.

L'eventuale disavanzo potrà così essere programmato, con assunzione di responsabilità ad esso connesse da parte del gestore.

con i privati. Per il personale che oggi opera con rapporto di lavoro di diritto pubblico non vi è ragione di alcun timore, in quanto la finalità pubblica della Fondazione garantisce che il rapporto di lavoro esistente, di diritto pubblico, non verrà modificato;

- 3) rendere più flessibile la gestione ricorrendo, non appena possibile, agli strumenti del diritto privato;
- 4) ridurre in tal modo il disavanzo a carico del pubblico, rispettando nel frattempo la missione pubblica (cioè evitare la selezione dei pazienti);
- 5) riunire gli IRCCS per aree tematiche di ricerca in una rete che opera con scambio di conoscenze e personale, così da elevare il livello della disciplina trattata in tutto il Paese, compreso il Meridione dove oltre tutto si pensa di attivare qualche nuovo IRCCS.

In una parola si vuole rilanciare gli IRCCS pubblici che oggi si confrontano spesso malamente con quelli privati, soprattutto per l'efficienza della gestione e per il gradimento della popolazione, creare reti di Centri di Eccellenza capaci di sostenere il confronto con simili presidi in Europa, dotare questi Centri di più risorse per la gestione e la ricerca, mantenere il controllo e la missione pubblica di questi importanti motori di sviluppo della medicina italiana.

2.7. Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza

Le Linee Guida 11 aprile 1996 n. 1 forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle Unità operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA) di I e II livello. Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

- un sistema di allarme sanitario assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale (118);
- un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;
- una rete di servizi e presidi funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Le Linee Guida citate prevedono, inoltre, l'elaborazione di successivi documenti di approfondimento sulla gestione di tematiche specifiche. Tra queste, le Linee Guida sulla chirurgia e microchirurgia della mano e quelle sul *triage* intraospedaliero sono state approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 ottobre 2001.

Un aspetto che necessita un approfondito esame è relativo al problema di disincentivare gli accessi "impropri" al Pronto Soccorso, da parte di cittadini che vi accedono di propria iniziativa, saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali.

Per perseguire questa finalità si può ipotizzare il pagamento per le prestazioni richieste in Pronto Soccorso, ma non urgenti. Alcuni propongono che tutti i cittadini possano accedere al Pronto Soccorso di qualsiasi Ospedale, sottoponendo al pagamento delle prestazioni i pazienti che non ricadano nelle seguenti fattispecie:

- a) pervenuti con ambulanza per emergenza;

- b) inviati dalla Guardia Medica Territoriale;
- c) inviati dal proprio medico di medicina generale;
- d) inviati da uno specialista ospedaliero o del territorio.

È però anche necessario adeguare le potenzialità assistenziali dei Pronto Soccorso migliorando la risposta del territorio alle esigenze dell'acuzie sanitaria.

Per raggiungere questo scopo si può prevedere la collocazione di un ambulatorio di continuità assistenziale nei pressi del Pronto Soccorso con organico dedicato (medici di continuità assistenziale, medici di emergenza territoriale o altri sanitari opportunamente addestrati). L'ambulatorio viene alimentato dal *triage* del Pronto Soccorso, riguarda le prestazioni differibili e proprie del territorio, deve essere aperto negli orari del servizio di continuità assistenziale, e nei DEA di II livello per 24 ore al giorno.

In questo contesto è anche opportuno promuovere l'apertura di studi medici di medicina generale sul territorio, che assicurino la presenza del medico per 12 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana, da attuare anche attraverso gli studi medici associati.

Allo scopo di consentire una adeguata valutazione degli accessi in Pronto Soccorso è inoltre necessario rendere operativo un flusso informativo adeguato, che consenta anche la definizione di indicatori ed il loro monitoraggio nel tempo.

La Centrale operativa 118 o il medico dell'urgenza-emergenza territoriale, se decidono il ricovero ospedaliero, hanno il compito di avviare le urgenze che appaiono meno impegnative ai Pronto Soccorso degli Ospedali minori, in modo da evitare un incongruo sovraccarico degli Ospedali dotati di DEA. Nel caso di una errata valutazione iniziale o della necessità di prestazioni più complesse, il paziente deve essere sollecitamente trasferito (eventualmente con trasporto assistito) al DEA di competenza.

Per essere in grado di affrontare i vari tipi di urgenza, il personale sanitario deve acquisire una preparazione a tutto campo, di tipo generalista, dedicata all'urgenza. Le modalità di formazione ed addestramento dei sanitari non sono state ancora definite nelle sedi competenti (Ministero, Regioni, Università), ma la soluzione più convincente è quella di prevedere l'attivazione di:

- una specializzazione universitaria;
- un corso di formazione post-universitario.

Istituita ed accettata nei Paesi di lingua anglosassone, e tutt'ora in esame in molti Paesi europei, la specializzazione in medicina d'urgenza è un obiettivo da perseguire. Nel frattempo è però opportuno che il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni e Province autonome, definisca un percorso di formazione a carattere teorico e pratico con caratteristiche uniformi sul territorio nazionale, sia per il personale medico che infermieristico. Nell'ambito dei DEA di II livello, secondo la programmazione regionale, dovrà essere svolta la funzione didattico-formativa e di educazione continua del medico d'urgenza e dell'infermiere d'urgenza, in attesa ed a integrazione dell'avvio da parte dell'Università, rispettivamente, della scuola di specializzazione nel settore specifico e di master.

Nei Pronto Soccorso presenti nell'ambito dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) di II livello la dotazione organica dovrà essere assicurata dalla Unità Operativa di Medicina d'Urgenza e dalla Unità Operativa di Chirurgia generale o d'Urgenza, con la disponibilità nell'arco delle 24 ore di consulenza dell'anestesista rianimatore (oltreché degli altri specialisti). La Medicina d'Urgenza e la Chirurgia d'Urgenza entrano stabilmente nella costituzione del DEA, di cui rappresentano la struttura di degenza per i pazienti delle rispettive aree. Assieme alla Rianimazione, alla Unità di cure coronariche, al Centro trasfusionale, ad eventuali altre Unità operative di alta specialità, al laboratorio di analisi, al Servizio di diagnostica per immagini, di endoscopia, di Direzione Sanitaria, la Medicina d'Urgenza e la Chirurgia d'Urgenza formano la zona delle cure intensive dell'Ospedale. Fra le Unità operative di alta Specialità, di cui al punto precedente, va annoverato, nei DEA di II livello, il *Trauma Center*, struttura tipicamente interdisciplinare che dovrà essere funzionalmente collegata con la Chirurgia d'Urgenza, in modo che il chirurgo d'urgenza, oltre a compiti propri, sia messo in grado di coordinare gli interventi di ordine traumatologico.

Nei Pronto Soccorso dei DEA di I livello la dotazione organica dedicata dovrà essere assicurata da medici d'Urgenza, cioè da medici con mansioni olistiche attualmente identificati nella figura del medico chirurgo d'accettazione e d'urgenza, con la disponibilità h 24 di consulenza dell'anestesista rianimatore, del personale delle Unità Operative di Medicina e di Chirurgia e degli altri specialisti. Ove necessario è auspicabile l'attivazione di un Pronto Soccorso ortopedico-traumatologico, attiguo al Pronto Soccorso.

Fra gli Ospedali minori, quelli individuati dalle singole Regioni per lo svolgimento di mansioni di solo Pronto Soccorso dovranno disporre di uno spazio per l'osservazione (con funzioni di astanteria) e di sanitari facenti parte di un organico autonomo. Per l'analogia dei compiti, sembra opportuno che la preparazione teorico-pratica di questi sanitari sia analoga a quella prevista per i medici d'urgenza territoriale, cioè di tipo olistico.

Sia il Pronto Soccorso del DEA di I livello che per quello del DEA di II livello, le responsabilità organizzative e gestionali del Pronto Soccorso sono affidate ad un dirigente medico di struttura complessa.

E' necessario anche prevedere uno specifico livello di assistenza riferito alla pediatria, tramite l'integrazione tra la guardia pediatrica ed i DEA, con la presenza di Pronto Soccorso pediatrici nelle zone più grandi sedi di DEA di II livello, mentre i Pronto Soccorso sede di DEA di I livello possono accettare i bambini, chiamando in consulenza lo specialista pediatrico.

Il miglioramento dei servizi di urgenza ed emergenza riveste un particolare rilievo per le Isole minori e le località montane disagiate, per le quali sono stati previsti specifici interventi sia dall'Accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza sia dalla Legge Finanziaria del 28 dicembre 2001 n. 448. Infatti, mentre l'Accordo garantisce l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli, con particolare riguardo a quelle di emergenza-urgenza, alle popolazioni delle Isole minori e delle comunità montane disagiate, la Legge Finanziaria facilita il reclutamento del personale da impiegare a tale scopo.

Per ottimizzare le prestazioni di emergenza-urgenza, e sulla base di una ricognizione da effettuarsi di concerto con le singole regioni, dovranno essere promossi programmi di investimenti ad hoc per il fabbisogno strutturale e tecnologico dei presidi sanitari delle isole minori, per l'acquisto di mezzi mobili per il trasporto compreso l'elisoccorso, prevedendo in particolare interventi per l'attivazione di reti telematiche, per favorire la adozione di tecnologie quali la telemedicina ed il teleconsulto, che consentano il collegamento in rete tra le comunità isolate ed i Centri di Eccellenza.

a) *Gli obiettivi strategici*

- Riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione.
- Integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.
- Integrazione del territorio con l'Ospedale.

b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni*

- Favorire il percorso da parte dell'Università per l'attivazione della scuola di specialità, ed al tempo stesso quello che consenta la definizione di corsi di formazione a carattere teorico e pratico, di alta qualificazione, e con caratteristiche uniformi sul territorio nazionale.
- Completare l'attivazione del sistema di emergenza su tutto il territorio nazionale, e rafforzare il collegamento tra il 118 ed i DEA.
- Completare il programma di assegnazione delle radiofrequenze dedicate alle Regioni, e aggiornare le caratteristiche tecniche dei mezzi di soccorso e le loro dotazioni.
- Attivare ambulatori di Continuità Assistenziale presso i Pronto Soccorsi.
- Potenziare ed organizzare la medicina distrettuale perché fornisca servizi 12 ore al giorno e 7 giorni la settimana.
- Identificare protocolli operativi per avviare le urgenze meno impegnative verso gli Ospedali minori, onde evitare il sovraccarico degli Ospedali sede di DEA di secondo livello.
- Programmare interventi che garantiscano le specifiche esigenze di assistenza sanitaria d'urgenza nelle isole minori e nelle comunità montane disagiate, inclusi i servizi di consulenza a distanza con telemedicina, e collegamenti funzionali in rete con i Centri di Eccellenza, nonché la disponibilità di trasporto sanitario mediante elicottero.
- Elaborare indicatori degli accessi al pronto soccorso, e monitorarne l'andamento temporale.
- Promuovere l'organizzazione delle maxiemergenze nelle strutture ospedaliere, anche attraverso la realizzazione di interventi strutturali ed organizzativi negli Ospedali sede di DEA situati in zona sismica.
- Elaborare protocolli operativi per la gestione di emergenze impreviste che possano coinvolgere un elevato numero di persone, come in caso di eventuali attacchi bioterroristici e di calamità naturali.

- Definire protocolli per la gestione delle grandi manifestazioni, degli eventi sportivi di rilevanza, nelle quali è prevista la presenza di mezzi di soccorso.

2.8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

La realizzazione degli obiettivi di salute dipende in larga parte dai risultati della ricerca, in quanto il progresso scientifico contribuisce in maniera determinante alla scoperta di nuove terapie e procedure diagnostiche ed alla individuazione di nuovi procedimenti e di nuove modalità organizzative nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il sostegno della ricerca comporta dei costi, ma determina a lungo termine il vantaggio, anche economico, di ridurre l'incidenza delle malattie, e di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati ci spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Alla luce di tutto questo aver mantenuto la spesa pubblica italiana per la ricerca tra le più basse in Europa, rispetto al prodotto interno lordo nazionale, ha rappresentato un grave danno per il nostro Paese. Da più parti si è elevato a questo proposito il monito che, uscendo dalle difficoltà economiche momentanee, l'Italia debba approntare un piano strategico di rilancio della *ricerca* che inizi con l'attribuire a questo settore maggiori risorse pubbliche. Tuttavia va anche ricordato che il rilancio della ricerca non dipende solo dalla disponibilità di fondi pubblici.

In realtà dobbiamo affrontare il problema con diversi approcci, e in particolare puntare ad eliminare i vincoli burocratici che ancora appesantiscono la ricerca pubblica italiana e le impediscono di collegarsi e integrarsi adeguatamente con quella dei privati. Siamo ancora molto lontani dalla flessibilità che caratterizza i Paesi più avanzati, quali gli Stati Uniti d'America, nei quali il rapporto tra pubblico e privato nel campo della ricerca è di osmosi continua e di relazioni estremamente strette, fatto salvo il principio di salvaguardia da possibili conflitti di interessi. In Italia disponiamo di brillanti ricercatori che, proprio a causa di questi vincoli, delle difficoltà di inserimento nei contesti migliori e della difficoltà di transitare da una struttura all'altra e da un'organizzazione all'altra, si trovano oggi a disagio. Alcuni hanno intrapreso la via dell'emigrazione nei Paesi più avanzati; continuiamo a perdere cervelli dopo averli preparati nel nostro Paese. Oggi le nazioni più avanzate contano nelle posizioni di rilievo ricercatori italiani che con le loro ricerche e i loro brevetti hanno reso ricco non il nostro Paese ma quello che ha loro fornito le condizioni migliori per lavorare. Una prima azione strategica consiste quindi nel ricreare in Italia le condizioni che possano attirare ricercatori da tutto il mondo. A questo fine due sono le condizioni indispensabili:

- consentire ampia libertà al ricercatore nell'esercizio delle sue funzioni evitando che inutili vincoli lo costringano in spazi ristretti senza possibilità di trasferirsi da un'Istituzione all'altra. Se, ad esempio, un

Ospedale pubblico volesse assumere un ricercatore industriale, oggi questo risulterebbe assai difficoltoso, in quanto il ricercatore industriale non ha quei titoli e quel *curriculum* che la struttura pubblica richiede. Al contrario, un'azienda privata può assumere un ricercatore pubblico senza problemi, in quanto la flessibilità privata consente la massima libertà d'azione;

- consentire ai ricercatori di trarre profitto dalle loro invenzioni. In questo senso si è già mosso il Governo, ma il percorso è ancora irto di difficoltà, anche in quanto non è maturata nel nostro Paese la convinzione che sia necessario attrezzare le Istituzioni pubbliche di appositi uffici capaci di scovare e realizzare brevetti e consentire infine che su questi brevetti affluiscono capitali di rischio, creando le condizioni perché l'investimento risulti interessante.

E' necessario, inoltre, attirare la ricerca industriale in Italia attraverso sistemi di tassazione che ancora non sono stati realizzati e che hanno un modello assai efficiente in altri Paesi.

Una delle strade è quella intrapresa dalla Spagna che nel dicembre 1999 ha introdotto misure di riduzione diretta delle imposte per spese di ricerca e sviluppo e per spese di innovazione tecnologica. Viene previsto, fra l'altro, per le spese di ricerca e sviluppo la deducibilità del 30% calcolata sulla media delle spese sostenute nei due anni precedenti, incluse le spese di personale. Per l'innovazione tecnologica è prevista la deducibilità del 50% calcolata sull'eventuale eccedenza delle spese dell'anno rispetto alla media precedentemente calcolata.

Nella ricerca biomedica e sanitaria un ruolo importante, oltre alle Università e agli Istituti di Ricerca, è rivestito dagli *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*, che afferiscono direttamente al Ministero della Salute. Si tratta di *Centri di Eccellenza* che operano in discipline assistenziali e che sviluppano temi d'avanguardia, integrando assistenza e ricerca. Ne sono un esempio tipico gli *Istituti Nazionali dei Tumori* che, proprio recentemente, si sono riuniti in una rete collaborativa che consente loro di realizzare politiche comuni, di elevare in tutto il Paese il livello dell'assistenza erogata. Essi d'ora innanzi riceveranno finanziamenti dal Ministero della Salute anche su progetti comuni, dando all'intero complesso quell'unitarietà che ha già premiato altre reti di ricerca applicata, quali il GIMEMA (Gruppo Italiano di Malattie Ematologiche dell'Adulto) per l'Ematologia e il GRACE (Gruppo per la Raccolta e Amplificazione di Cellule Staminali Emopoietiche) per le Banche di Sangue Placentare.

Gli strumenti di tale politica andranno poi concretizzati in via prioritaria nel Programma di Ricerca Sanitaria (PRS) (art. 11, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229), il quale, tenendo conto degli obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale, dovrà definire, su base triennale, le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate, prevedendo anche le necessarie modalità di coordinamento con il Programma Nazionale per la Ricerca (secondo le linee MiUR, approvato dal CIPE il 21.12.2000) e assicurando le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata, nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extraeuropea.

Per quanto riguarda la ricerca nell'ambito dell'Unione Europea è fondamentale che l'Italia svolga a pieno il ruolo che le spetta nell'ambito del Sesto Programma Quadro (2002-2006) di Azione Comunitaria di Ricerca, Sviluppo Tecnologico e Dimostrazione per la Realizzazione dello Spazio Europeo della Ricerca, dotato di importanti risorse finanziarie. Ciò non solo perché il Programma Quadro contribuirà a modificare nell'arco di cinque anni in modo radicale l'assetto della ricerca in Europa, ma anche perché l'Italia ha il dovere di sviluppare la ricerca a sostegno delle politiche comunitarie e di quelle destinate a rispondere alle esigenze emergenti.

Vale la pena rilevare, poi, che l'attivazione di un meccanismo di co-finanziamento pubblico-privato della ricerca potrebbe generare un circuito virtuoso sotto molteplici profili: aumentando le risorse disponibili, evitando la frammentazione dei finanziamenti e focalizzando più Istituzioni su un identico obiettivo, per raggiungere quella massa critica necessaria per il successo dell'attività di ricerca. Il co-finanziamento potrebbe anche contribuire ad avvicinare ed integrare l'attività del settore pubblico con quella del privato, orientando ambedue i settori verso finalità comuni.

Premessa indispensabile del co-finanziamento pubblico-privato è che si tratti di progetti per i quali sia preminente l'interesse sanitario pubblico e che siano escluse da esso le forme di sostegno finanziario all'industria. In questa direzione è intervenuta anche la Legge Finanziaria 28 dicembre 2001 n. 448, che all'art. 52, comma 41, prevede risorse destinate "al co-finanziamento con il settore privato per lo sviluppo di progetti specifici di ricerca di interesse pubblico che saranno individuati con Decreti del Ministero della Salute". Inoltre, nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale si possono reperire risorse che, almeno in parte, potrebbero essere utilizzate per il co-finanziamento. Si possono prevedere, a questo proposito due forme di co-finanziamento non mutualmente esclusive, una centrale ed una periferica. Nel primo caso, verrebbero individuate a monte le risorse, dopo verifica della rilevanza sanitaria del progetto, preferibilmente nella misura del 50% tra settore pubblico e privato e verrebbe costituito il comitato paritetico per la gestione del progetto. Nel secondo caso, invece, l'Unità operativa di ricerca partecipante al progetto dovrebbe farsi carico di reperire un finanziamento privato, che diverrebbe insieme ad altri un elemento di pregio del progetto. Questa impostazione va nella direzione della valorizzazione della ricerca e, qualora estesa, potrebbe generare benefici di grande rilievo e rappresentare un modello di attrazione di risorse finanziarie, strutturali ed umane, valido anche per altri settori.

a) Gli obiettivi strategici

Obiettivi strategici di lungo termine sono:

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;
- la individuazione di fonti e canali aggiuntivi di finanziamento della ricerca biomedica e sanitaria nel settore privato (fondazioni, donazioni, industria, capitali di rischio);
- la riqualificazione degli IRCCS come Centri di ricerca biomedica, anche riuniti in rete e tra loro associati;

- la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;
- la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni;
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;
- l'attivazione di strumenti di flessibilità e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi;
- l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando modelli di defiscalizzazione sugli investimenti in oggetto, già sperimentati negli altri Paesi.

b) Gli obiettivi per il triennio

Per quanto riguarda il periodo di applicazione del presente Piano, va attuata una sinergia programmatica in concorso con tutte le Istituzioni di ricerca afferenti al Ministero della Salute e/o interessate all'area della salute, e con l'intera comunità scientifica, che dal punto di vista operativo dovrà tradursi nelle seguenti azioni:

- identificare tutte le possibili modalità di interagire con la ricerca ed i capitali privati così da integrare i fondi pubblici per la ricerca con fondi privati;
- consolidare la collaborazione tra MiUR e Ministero della Salute, con particolare riferimento ai progetti strategici, già individuati, della post genomica, della nuova ingegneria biomedica, delle neuroscienze, della qualità alimentare e del benessere;
- costituire reti strutturali e progetti coordinati fra diverse Istituzioni collegate con il Ministero della Salute (ISS, IRCCS, IZS, ISPESL) anche per l'accesso al Sesto Programma Quadro Europeo di Ricerca, ai fondi del PNR 2001-2003 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex Legge 297/99.

Linee Guida del Governo per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica

Del tutto recentemente, il Ministero per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca ha presentato al CIPE per approvazione le Linee Guida del Governo per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica che includono e ampliano gli obiettivi suddetti.

Le "Linee Guida" consistono di quattro parti: il quadro di riferimento; gli indirizzi e le priorità; le azioni di potenziamento del sistema di ricerca nazionale; gli investimenti pubblici aggiuntivi previsti nell'arco della presente legislatura.

Il quadro di riferimento

- a) La capacità di produrre e utilizzare nuova conoscenza sarà alla base del nuovo ciclo di sviluppo economico internazionale, e potrà produrre nuove opportunità per la nostra società e la nostra economia. La rivoluzione in corso in questo settore ha una dimensione globale e l'Italia si trova ad affrontare una scelta strategica di grande importanza per il suo futuro: accettare un ruolo passivo e subire le conseguenze dell'accelerato incremento nella competitività del sistema produttivo dei Paesi concorrenti trainato dai massicci investimenti in R&S o definire opportune strategie di crescita e sviluppo coerenti con l'attuale posizione internazionale dell'economia del Paese. Basandosi su queste considerazioni il Governo ritiene che l'Italia debba scegliere non se, ma come affrontare le sfide poste dallo sviluppo di una società basata sulla conoscenza e sulle relative applicazioni.
- b) Con queste "Linee Guida" il Governo propone l'adozione di una strategia finalizzata ad un miglior utilizzo delle risorse umane e finanziarie attualmente impegnate nel settore di R&S; alla concentrazione degli interventi verso priorità particolarmente rilevanti per lo sviluppo scientifico, economico e sociale del Paese; all'attuazione di una politica a vasto raggio di collaborazione internazionale; al coordinamento delle iniziative previste in questo settore tra le Amministrazioni dello Stato e i nuovi soggetti della vita pubblica nazionale, Regioni, Province e Comuni; allo sviluppo sistematico per le attività di R&S della collaborazione tra settore pubblico e il mondo delle imprese, dell'agricoltura e dei servizi per meglio rispondere agli interessi e ai bisogni dei cittadini.
- c) I punti di forza del sistema ricerca/innovazione italiano sono rappresentati da:
- un sistema scientifico pubblico che esprime punte di eccellenza riconosciute a livello internazionale;
 - una ampia disponibilità di capitale umano dotato di un buon livello di formazione in grado di alimentare il processo di formazione di nuove leve di ricercatori;
 - un sistema produttivo formato da un numero elevato di piccole aziende dotato di una forte flessibilità e capacità di adattamento ai cambiamenti del mercato;
 - un numero elevato di distretti industriali fortemente innovativi e competitivi a livello internazionale;
 - una significativa posizione a livello mondiale in alcuni settori a medio-alto contenuto tecnologico, come la meccanica strumentale, la robotica, la microelettronica, e alcuni segmenti della optoelettronica; in sintesi sul complesso dei 18 Paesi più industrializzati analizzati dai recenti rapporti della Unione Europea l'Italia risulta al:
 - quarto posto per la produttività del lavoro;
 - quinto posto nel numero di occupati in settori a media/alta tecnologia rispetto al totale della forza lavoro;
 - sesto posto rispetto alla bilancia tecnologica dei pagamenti;

- nono posto nella percentuale di esportazione di prodotti ad alta tecnologia rispetto al totale delle esportazioni mondiali;
 - nono posto nel numero di brevetti europei prodotti per 1.000 ricercatori;
 - sesto posto nel numero di pubblicazioni scientifiche prodotte da 1.000 ricercatori;
 - nono posto nel numero delle pubblicazioni scientifiche altamente citate per 1.000 ricercatori;
 - sesto posto tra le nazioni considerate rispetto al numero totale di pubblicazioni scientifiche.
- d) I punti di debolezza del sistema scientifico/innovativo nazionale rispetto a 18 altri Paesi analizzati dalla Unione Europea sono i seguenti:
- diminuzione degli investimenti in ricerca dall'1,32% del PIL (1992) all'1,03% (2001);
 - scarsità di grandi imprese a vocazione tecnologica che rende difficile per il sistema della ricerca industriale sostenere investimenti in ricerca con ritorni nel medio-lungo periodo;
 - debole interazione tra le tre reti nazionali di ricerca (Università, Enti Pubblici di Ricerca, imprese);
 - scarsa incentivazione alla collaborazione tra docenti e ricercatori pubblici con il settore industriale;
 - il sistema della ricerca pubblica investe il 57% delle risorse per R&S, mentre le imprese concorrono solamente per il 43%;
 - l'intero sistema scientifico/tecnologico italiano è fortemente sottocapitalizzato in termini di mezzi, strutture a personale rispetto a quelli dei Paesi più industrializzati. In particolare l'Italia figura al:
 - 14 posto per numero dei ricercatori per 1.000 occupati;
 - 16 posto per il numero dei nuovi dottori di ricerca rispetto al numero dei giovani di età compresa tra 25 e 34 anni;
 - 14 posto per spesa in ricerca rispetto al PIL;
 - 13 posto per la spesa del settore industriale in ricerca rispetto al prodotto industriale lordo;
 - 14 posto nelle spese per ricerca sul totale delle spese del bilancio pubblico;
 - 15 posto negli investimenti di capitale di rischio nello "start up" di imprese innovative;
 - 15 posto per numero di brevetti depositati in Europa e negli USA;
 - 15 posto per numero di pubblicazioni scientifiche per milione di abitanti;
 - ultimo posto per la percentuale di collaborazioni tra le aziende e il sistema pubblico di ricerca.
- Il rapporto 2001 della Unione Europea sulla competitività pone, per quanto concerne la capacità di innovazione, il nostro Paese al 15° posto, precedendo Grecia e Portogallo.
- e) A fronte di questa situazione, si deve invece registrare il costante potenziamento di questo settore da parte dei nostri diretti concorrenti, USA in primo luogo e Paesi europei, conseguente alla percezione dei

rispettivi Governi e opinioni pubbliche che l'innovazione, alimentata dalla ricerca e dalla disponibilità di capitale umano di alta qualificazione, rappresenta oggi il fattore fondamentale per la crescita economica.

Il Presidente Bush ha annunciato un incremento senza precedenti del 13,7% nel bilancio federale per la ricerca per il 2002 portando l'importo complessivo devoluto a questo settore a circa 8 volte il bilancio previsto per finanziare l'attività quinquennale del Sesto Programma Quadro Europeo e circa 30 volte superiore al bilancio previsto per la ricerca italiana per il 2002. I temi prioritari sono la difesa, la salute, lo spazio e l'energia.

Il Ministro per la ricerca francese, nonostante le difficoltà attuali della Francia nel rispettare il patto di stabilità ed il maggior deficit di bilancio previsto rispetto all'Italia (2% per il 2002), ha elevato a circa 57,5 miliardi di franchi (circa 17.000 miliardi di lire) il budget per la ricerca civile. Le corrispondenti risorse disponibili per il nostro Paese, depurate delle spese per i docenti universitari risultano di circa la metà.

La Spagna ha incrementato nel 2002 del 7,5% il bilancio della ricerca.

La Germania, nonostante un disavanzo stimato del 2,5% del PIL nel 2001 e del 2,7% per il 2002 ha ulteriormente incrementato i fondi per la ricerca a 16,4 miliardi di marchi.

Il Segretario di Stato per il commercio e l'industria inglese ha annunciato un aumento medio in termini reali del 7% all'anno per i prossimi tre anni, (pari complessivamente a circa 2.500 miliardi di lire) dei fondi assegnati per la ricerca.

Il quadro delle priorità e degli indirizzi programmatici

Il quadro delle priorità per la R&S nazionale può essere identificato a partire da tre indicazioni: i grandi trends scientifici ed economici internazionali, le priorità identificate dal Sesto Programma Quadro Europeo, le specifiche indicazioni di priorità per il sistema Italia.

- a) Il quadro delle grandi aree di riferimento per la R&S internazionale è oggi rappresentato da tre grandi settori: Information and Communication Technology (ICT), Biotecnologie e Nuovi materiali, Nano e Microtecnologie.

ICT: il mercato europeo di questo settore (per il 2000) è di 470 miliardi di euro, 220 milioni di euro sono attribuibili all'Information Technology e 250 alle telecomunicazioni. In Italia il mercato Information Technology ha un valore complessivo di 18 milioni di euro, mentre il mercato delle telecomunicazioni vale 35 miliardi (dati dell'Associazione Italiana per la Ricerca Industriale).

In Italia il settore ICT ha impiegato nel 1999 oltre 1.200.000 persone e lo "skill shortage" stimato nel 2002 è di circa 200.000 persone.

Biotecnologie: il potenziale di sviluppo stimato per questo settore è di circa 100 miliardi di euro in Europa entro il 2005, mentre il mercato globale entro il 2010 è stimato in circa 2.000 miliardi di euro, di cui circa 500 milioni (2004) nell'industria farmaceutica e 1.500 miliardi (2010) nei rimanenti settori (medicina personalizzata e preventiva, sviluppo di tessuti ed organi di ricambio, agroalimenti, pratiche agricole

sostenibili, bioenergia, biointerventi per l'aria inquinata, il terreno le acque e i rifiuti, dati desunti dal recente rapporto sulle biotecnologie della Unione Europea).

Materiali avanzati e nano/microtecnologie: materiali superconduttori, materiali catalitici e per lo stoccaggio dell'idrogeno, materiali ceramici, nuovi dispositivi elettronici, nuove tecnologie diagnostiche, mercato valutato agli inizi degli anni '90 in circa 20 miliardi di euro.

Nei tre settori prioritari sopra identificati il valore aggiunto e l'occupazione crescono con ritmi di almeno tre volte superiori al tasso di crescita industriale totale mentre le conoscenze e le tecnologie di questi settori determinano un forte impatto sul sistema produttivo esistente.

b) Un secondo quadro di riferimento è rappresentato dalle sette/otto priorità identificate dalla Unione Europea (genoma e biotecnologie per la sanità, tecnologie per la società dell'informazione, nanotecnologie, materiali intelligenti e nuovi processi di produzione, aeronautica e spazio, sicurezza alimentare, sviluppo sostenibile e cambiamento climatico, governance in una società basata sulla conoscenza) tematiche che trovano una forte corrispondenza nei temi prioritari selezionati dal MIUR per i bandi del Fondo Investimento Ricerca di Base (FIRB).

c) Un terzo gruppo di priorità emergenti dalle analisi formulate da tre istituti di ricerca nazionali, basate su quattro indicatori (incremento dell'occupazione ad alta scolarità, impatto sociale, posizione competitiva a livello internazionale e prospettive di ricadute sotto forma di prodotti, processi e servizi ad elevata intensità tecnologica), portano ad identificare come aree prioritarie quelle della Meccanica Strumentale, dell'Informatica e delle Telecomunicazioni, Energia, Ambiente, Trasporti, Agroalimentare, Salute e Beni culturali.

Anche queste aree, di specifico interesse del sistema Italia, sono in gran parte comprese nelle tre macro aree ad elevato sviluppo sopra identificate e nelle aree di intervento prioritario del Sesto Programma Quadro Europeo.

Le azioni di potenziamento del sistema scientifico nazionale

a) Per assicurare alle aree prioritarie livelli di competitività sostenibile il Governo si propone di intervenire con programmi di ricerca mirati a:

- accelerare nel breve periodo i processi di diffusione al sistema industriale, dell'agricoltura e dei servizi di tecnologie chiave abilitanti per assicurare una maggiore competitività delle aree produttive esistenti;
- fornire opportunità di sviluppo a settori industriali basati sulla produzione di prodotti, processi e servizi ad alto valore aggiunto per concorrere ad attivare processi di diversificazione del sistema produttivo nazionale.

b) Al fine di assicurare una equilibrata evoluzione di tutte le componenti della ricerca convergenti a generare innovazione le "Linee Guida" identificano quattro assi strategici di intervento, completati da interventi di tipo trasversale.

Asse 1. Avanzamento delle frontiere della conoscenza, con risultati attesi sulla formazione del nuovo capitale umano necessario per sostenere lo

sviluppo del sistema scientifico nazionale, e sullo sviluppo dell'attività di ricerca fondamentale.

Asse 2. Sostegno della ricerca orientata allo sviluppo di tecnologie chiave abilitanti a carattere multisettoriale. Risultati attesi: lo sviluppo di programmi prioritari di ricerca "mission oriented" entro i quali assicurare la formazione di giovani nella ricerca; l'incremento dell'interscambio di ricercatori tra le tre reti di ricerca; lo sviluppo di laboratori congiunti pubblico-privato; l'integrazione del sistema scientifico nazionale nello spazio europeo delle reti di Centri di Eccellenza; maggiore capacità allo sviluppo di prodotti ad alto valore aggiunto di interesse per l'industria nazionale; sviluppo di capacità imprenditoriali da parte del sistema scientifico nazionale (spin off).

Asse 3. Potenziamento delle attività di ricerca industriale, e relativo sviluppo tecnologico, finalizzato ad aumentare la capacità delle imprese a trasformare conoscenze e tecnologie in prodotti, processi, servizi a maggior valore aggiunto. Risultati attesi: incremento nella produzione ad alto valore aggiunto; aumento di occupazione qualificata nel sistema industriale italiano; maggior propensione delle piccole e medie industrie nazionali a collaborare con il sistema pubblico di ricerca.

Asse 4. Promozione della capacità d'innovazione nei processi e nei prodotti delle piccole e medie imprese e creazione di aggregazioni sistemiche a livello territoriale. Risultati attesi: accordi di programma Stato-Regioni in settori tecnologicamente avanzati, sviluppo di azioni in settori produttivi di specifico interesse regionale attraverso la collaborazione di Università, Enti pubblici di ricerca, piccole e medie imprese; formazione di nuova imprenditorialità in settori "high tech".

Una quinta area di intervento, che può essere considerata trasversale ai quattro assi identificati è rappresentata dal potenziamento della rete di grandi infrastrutture per la ricerca di base, orientata e applicata e dall'accentuazione dei processi di internazionalizzazione delle attività di ricerca.

- c) Per quanto concerne l'Università i maggiori interventi consistono nell'incremento degli investimenti per i Programmi di Interesse Nazionale (PRIN); accesso dei docenti e dei ricercatori a tutti i bandi pubblici per progetti di ricerca; forte potenziamento del dottorato di ricerca quale canale prioritario di formazione avanzata attraverso organici collegamenti ai programmi di ricerca nazionali ed internazionali finanziati su base competitiva, sviluppo dei Centri di Eccellenza; particolare attenzione alla formazione di personale avanzato in collaborazione con l'industria; adozione di meccanismi di accreditamento per incrementare la qualità delle attività di formazione; incentivi alla costituzione di uffici di trasferimento tecnologico; attivazione di meccanismi premianti per le sedi universitarie che raggiungano risultati di eccellenza nei settori della ricerca fondamentale, della ricerca applicata e della ricerca in collaborazione con soggetti privati.
- d) Per quanto concerne la rete degli enti pubblici di ricerca: ridefinizione della missione degli enti pubblici di ricerca su grandi temi di ricerca

strategica, mirando a realizzare presenze significative, eccellenza e massa critica nei segmenti correlati allo sviluppo economico e sociale del Paese; eliminazione di duplicazione di interventi da parte di enti diversi; finanziamento degli enti in relazione ai costi fissi, incomprimibili e allo sviluppo di progetti di ricerca a termine, di particolare qualificazione ed impatto esterno; rafforzamento delle capacità di gestione di progetti multidisciplinari anche per conto di Amministrazioni pubbliche e di private; miglioramento del processo di selezione degli organi direttivi e previsione della partecipazione di esperti provenienti dal mondo industriale; estensione ai ricercatori degli enti dei benefici economici previsti per il personale universitario nell'ambito di progetti svolti su commessa, definizione dello stato giuridico dei ricercatori.

- e) Per il settore industriale: concessione e/o ampliamento degli incentivi alle imprese per favorire lo svolgimento di progetti di ricerca in collaborazione con il settore pubblico; incremento delle agevolazioni alle assunzioni di dottori di ricerca; incremento delle facilitazioni alle imprese che finanziano borse di dottorato presso le Università; diminuzione dei tempi per la concessione di contributi per il finanziamento di progetti di ricerca a valere sul Fondo Agevolazione Ricerca (FAR) e sul Fondo per l'Innovazione Tecnologica (FIT); finanziamento di iniziative congiunte tra Stato, Regioni, Province e Comuni ed imprese industriali finalizzate al sostegno di "start up" e "spin off" di nuove imprese nei settori ad alta tecnologia e di accordi di programmi di specifico interesse territoriale, creazione di una banca dati sulle competenze e le tecnologie disponibili nel sistema di ricerca pubblico.
- f) Gli interventi previsti per le tre componenti del sistema scientifico italiano attraverso i quattro assi identificati saranno integrati da azioni trasversali inerenti al supporto e allo sviluppo di grandi infrastrutture di ricerca, la partecipazione alle iniziative internazionali multilaterali e bilaterali, potenziando fortemente non solo la collaborazione con i Paesi dell'Unione Europea, ma anche con gli Stati Uniti il cui sistema scientifico rappresenta il motore principale per lo sviluppo di nuova conoscenza e delle relative applicazioni.

Investimenti pubblici aggiuntivi per il potenziamento della ricerca e loro impatto economico-occupazionale

- a) Un adeguato incremento degli investimenti pubblici risulta essenziale per recuperare competitività nel settore della R&S rispetto agli standards internazionali. Il Governo, tenuto conto dei vincoli rappresentati dal patto di stabilità per l'Italia si pone l'obiettivo di elevare i finanziamenti assegnati al sistema ricerca da parte del settore pubblico, negli anni 2003-2006, dall'attuale 0,6% del PIL all'1% del PIL. Con tale traguardo il nostro Paese si allineerà alla situazione oggi esistente negli altri Paesi avanzati. Ciò significa, assumendo una crescita media annua del PIL pari al 2,5% per i prossimi quattro anni un incremento dell'investimento pubblico a fine legislatura pari a circa 5.400 milioni di euro consolidati. L'incidenza percentuale dell'incremento negli investimenti in R&S sui

diversi assi, evidenzia un sostanziale equilibrio tra investimenti con effetto nel medio-lungo periodo (assi 1 e 2, 48,8%) ed investimenti nel breve-medio termine (assi 3 e 4, 51,2%). A causa delle modalità di cofinanziamento legate al finanziamento dello Stato la manovra aggiuntiva di 5.400 milioni di euro comporta un investimento globale pubblico/privato pari a circa 9.000 milioni di euro, che rappresenta lo 0,67% del PIL. A tali investimenti sono altresì da aggiungere le spese in R&S effettuate in modo indipendente dal sistema industriale italiano. L'effetto complessivo della manovra del Governo è di portare gli investimenti in R&S dall'attuale 1,07% ad oltre il 2% nel prossimo quadriennio.

- b) L'impatto di tali investimenti sul sistema economico nazionale può essere stimato, in modo empirico, a partire dalla considerazione di analisi effettuate a livello internazionale da una serie di istituti di ricerca specializzati. In base a tali studi il contributo del progresso scientifico e tecnologico alla crescita economica risulta largamente positivo. Basandosi sul complesso di studi econometrici oggi disponibili le ricadute degli investimenti in R&S determinano una molteplicità di specifiche ricadute: aumento delle conoscenze disponibili e della capacità di una loro assimilazione, aumento di personale di alta qualificazione, incremento nel numero di brevetti e delle pubblicazioni scientifiche, creazione di nuove imprese "high tech". In particolare è stato dimostrato un forte impatto degli investimenti in R&S sul TFP (Total Factor Productivity), mentre nel settore manifatturiero risulta che il rendimento medio annuo degli investimenti in R&S sia dell'ordine del 15%. Si stima che i nuovi investimenti in R&S in Italia determineranno un incremento nella occupazione diretta nel settore della ricerca pubblica e privata di circa 54.000 nuovi addetti e indiretta di circa 108.000 nuovi occupati, un incremento di circa 4.000 nuovi brevetti e di 16.000 nuovi lavori scientifici.

2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita.

- a) Oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una *alimentazione non corretta*. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e carenza di iodio. Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio. La strategia di prevenzione deve essere rivolta pertanto all'intera popolazione, presso la quale occorre diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione in termini di nutrienti, di scelta di profili alimentari salutari, ma anche coerenti con le consuetudini, che tengano conto dei fattori culturali e socio economici. L'accento va posto sulla lettura ed utilizzazione della

etichettatura nutrizionale, adottata per un numero crescente di alimenti preconfezionati, che può facilitare scelte idonee ed indurre il settore industriale a migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti prodotti.

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano, a partire dagli anni '70, un significativo incremento di incidenza e prevalenza. I valori attuali di prevalenza in Italia nelle donne di età compresa tra i 12 e i 25 anni (soggetti a rischio) sono i seguenti (dati riguardanti solo le sindromi complete e non i disturbi subclinici): anoressia nervosa 0,3-0,5%; bulimia nervosa 1-3%; altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Anche su questi temi vanno attuate, a fini di prevenzione, campagne di sensibilizzazione anche nella scuola, nei consultori adolescenziali e presso i medici di medicina generale.

b) Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, *l'attività fisica* riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e psichica degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

c) Il fenomeno del *tabagismo* è molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualità di vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) o soggetti passivi (non fumatori).

Oggi la comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Infatti è scientificamente dimostrato l'aumento della mortalità nei fumatori rispetto ai non fumatori per molte neoplasie quali ad esempio il tumore del polmone, delle vie aeree superiori (labbra, bocca, faringe e laringe), della vescica e del pancreas. Il fumo è causa anche di un aumento della mortalità per malattie aterosclerotiche, aneurisma dell'aorta e broncopneumopatie croniche ostruttive.

Si stima che, ad oggi, i fumatori nel mondo siano circa 1 miliardo e 100 mila, 1/3 della popolazione globale sopra i 15 anni e 1/3 di questi siano donne. In Europa sono stati stimati 230 milioni di fumatori, cioè circa il 30% dell'intera popolazione europea.

In Italia, dalle indagini multiscope dell'Istat risulta che nel 2000 la percentuale di fumatori era pari al 24,1%: il 31,5% della popolazione maschile, il 17,2% della popolazione femminile e ben il 21,3% dei giovani tra i 14 e i 24 anni. I fumatori più accaniti, in termini di numero medio di sigarette fumate al giorno, sono gli uomini con 16 sigarette al giorno contro le 12 delle donne.

Nel nostro Paese nel 1998 si sono verificati 570.000 decessi: il 15% di questi, pari a 84.000 sono stati attribuiti al fumo, 72.000 nella popolazione maschile e 12.000 in quella femminile.

Attualmente il tumore al polmone è la decima causa di morte nel mondo. Alcuni studi predicono che, qualora non si adottino più concrete

politiche antifumo, il tumore al polmone sarà nel 2020 tra le prime 5 cause di morte al mondo.

L'analisi della distribuzione percentuale dei fumatori negli ultimi 10 anni (1991-2000), che non mostra diminuzioni significative, ci induce a pensare che le politiche intraprese finora dai vari Governi e supportate anche da Organizzazioni sopranazionali, quali l'OMS, non hanno ottenuto i risultati attesi.

L'odierna normativa nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici risulta essere limitata ed inefficace nella sua applicazione. Il divieto di fumo, così come regolamentato sostanzialmente dalla Legge n. 584 dell'11 novembre 1975 e dalla direttiva 14 dicembre 1995, non è sufficiente. Questa normativa, nel tentativo di puntualizzare i luoghi ove è vietato fumare e di affidare il rispetto delle norme a responsabili sprovvisti dall'autorità necessaria, ha di fatto creato incertezze e difficoltà che hanno vanificato lo sforzo del legislatore.

Al fine di attivare una più incisiva azione di dissuasione, con l'articolo 52, comma 20, della Legge Finanziaria 2002 sono state inasprite le sanzioni per i trasgressori del divieto di fumo prevedendo una sanzione amministrativa da 25 a 250 Euro, raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o di bambini fino a 12 anni. Contemporaneamente, sono state intensificate e stimulate procedure di controllo e rilevamento delle infrazioni da parte delle forze dell'ordine.

Un ulteriore sviluppo normativo dovrà prevedere l'applicazione del divieto di fumo a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad uso privato e a quelli eventualmente riservati ai fumatori che dovranno essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria per tutelare la salute dei lavoratori addetti.

Gli interventi legislativi, comunque, devono essere coniugati con maggiori e più incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potrà essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

In particolare per i giovani va tenuto conto che si è registrato un abbassamento dell'età in cui questi iniziano a fumare (15 anni) e che il 90% dei fumatori inizia a consumare sigarette prima dei 20 anni. Inoltre, se si considera che l'iniziazione alle sigarette è fortemente influenzata, sia nelle ragazze sia nei ragazzi, da pressioni sociali, da bisogni psicologici, da condizionamenti legati a compagni ed amici e da fattori familiari quali la presenza di genitori che fumano, risulta evidente che un appropriato intervento deve essere perseguito con un adeguato comportamento di coloro che rivestono ruoli percepiti dai ragazzi come carismatici, inclusi i genitori, gli insegnanti, gli operatori sanitari e i *mass media*. Sarà da modificare in particolare il modello proposto nei decenni precedenti che presentava il fumatore come un personaggio emancipato e carismatico; al contrario la nuova politica adottata negli USA, che attribuisce al fumatore un basso livello socio-culturale, è

quella che più si avvicina alle realtà e che meglio può contrastare la cultura del secolo scorso.

Essendo scientificamente provata la correlazione tra fumo e patologie del feto, risulta di particolare rilievo l'intervento di sensibilizzazione destinato alle donne in età fertile. Infatti, ad esempio, il deficit congenito di un arto, nel quale una parte o tutto l'arto del feto può non svilupparsi, è doppio nelle donne fumatrici rispetto alle non fumatrici. L'aborto spontaneo, si produce in quasi 4.000 donne su 100.000 che fumano e il rischio di gravidanza ectopica è doppio rispetto alle non fumatrici. I bambini di madri fumatrici pesano alla nascita in media 150-200 grammi in meno. Le donne fumatrici sono più soggette a fenomeni quali la placenta previa, il distacco di placenta, le emorragie gestazionali, la rottura precoce della membrana amniotica, le infezioni del liquido amniotico. Inoltre alcuni studi dimostrano che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) ed in particolare è direttamente proporzionale al consumo di sigarette fumate dalla madre e al numero di sigarette fumate in sua presenza.

- d) La riduzione dei danni sanitari e sociali causati *dall'alcool* è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui, (ed i giovani in particolare) che abusano dell'alcool risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sé e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcool agisce come "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso. Benché il consumo di bevande alcoliche in Italia sia andato diminuendo dal 1981, notevoli sforzi devono essere posti in essere per raggiungere gli obiettivi adottati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcool.

Una corretta informazione sui problemi della salute, sulle malattie, e sui comportamenti e le soluzioni più adatte a promuovere lo stato di salute sta alla base di una moderna società del benessere. Molti sono infatti gli strumenti che la scienza e la tecnologia moderna mettono a disposizione della collettività per tutelare le condizioni di vita e di salute. Molti sono anche, peraltro, i fattori di minaccia per la salute, vecchi e nuovi, dall'inquinamento agli errori alimentari, agli abusi di sostanze potenzialmente dannose, alla mancata prevenzione. Anche sostanze innocue come il sale da cucina, se assunto in quantità eccessive possono essere causa di malattie a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Va inoltre sottolineata l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e a *test di screening* consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle età e con i tempi appropriati.

Alcune importanti informazioni di carattere sanitario non sono o sono scarsamente accessibili ai pazienti. Questo è, ad esempio, il caso delle informazioni:

- sulle possibili terapie alternative per particolari malattie;
- sullo sviluppo di alcuni approcci terapeutici;
- sull'esito di alcune sperimentazioni cliniche;
- sulle caratteristiche delle diverse strutture sanitarie e le diverse possibilità di cura;
- sulle modalità di accesso alle cure.

Le informazioni necessarie ai pazienti per orientarsi sulle decisioni in materia di salute dovrebbero essere fornite in modo comprensibile e aggiornato. Benché il ruolo del medico e del farmacista rimanga fondamentale nell'informare i pazienti, è necessario tenere conto del fatto che lo sviluppo della società dell'informazione offre numerosi altri strumenti, ivi incluso Internet, il cui impatto potrebbe essere altamente benefico se opportunamente utilizzati. In effetti, esistono già numerosi siti web che forniscono una varietà di informazioni di carattere sanitario, ma la qualità dell'informazione fornita non è sempre soddisfacente ed, in alcuni casi, è addirittura fuorviante. E' fondamentale che i siti web siano in qualche modo certificati, in quanto conformi ad una serie di criteri di qualità e onestà, l'esattezza dell'informazione fornita, l'aggiornamento e l'affidabilità. Inoltre, si deve riconoscere che vi sono numerose barriere che rendono difficile a molte persone, e specialmente agli anziani, di accedere all'informazione offerta dai moderni sistemi; esse includono le barriere fisiche, la mancanza di conoscenza e dimestichezza con l'informatica, le difficoltà di comprensione.

Costituisce un obbligo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale quello di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di evitare i rischi, di attuare comportamenti salutari, e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di squilibrio psicofisico e di malattia.

Oltretutto all'importanza della informazione sulla salute rivolta ai cittadini, il Servizio Sanitario Nazionale deve prestare attenzione anche alle opportunità dello sviluppo di una corretta comunicazione tra cittadini ed Istituzioni. Fino ad un recente passato il rapporto terapeutico era inteso quasi esclusivamente "a senso unico", nel quale le informazioni passavano dal medico, o dall'operatore sanitario, al paziente, o ai suoi familiari. In uno stato moderno, nel quale i cittadini possiedono livelli di cultura più elevati, e soprattutto ambiscono a partecipare attivamente ai processi sociali ed economici che li riguardano, la relazione a due vie tra operatori e utenti è d'obbligo. E' dunque compito del Servizio Sanitario Nazionale anche quello di attivare punti di dialogo con i cittadini e di promuovere un'adeguata informazione ed educazione alla salute attraverso più efficaci campagne di comunicazione istituzionale.

La pianificazione e la realizzazione di efficaci campagne di comunicazione da parte delle Istituzioni si scontra con l'affollamento di messaggi sui mass media, sostenuto da forti investimenti delle aziende a fini commerciali.

I fondi pubblici non possono competere con le somme a disposizione delle imprese private e ciò minimizza l'efficacia e i risultati delle campagne di comunicazione istituzionale, riducendone la visibilità presso il pubblico.

Le Istituzioni sanitarie devono rispondere a numerose istanze sul complesso e articolato tema della salute, moltiplicando in tal modo la quantità dei temi e dei messaggi, che rischiano così di disperdersi in più percorsi di comunicazione, non potendo avere una sufficiente massa critica di risorse.

Si nota inoltre su alcune tematiche di pubblico valore, oggetto in passato di attività comunicazionale, un mancato coordinamento a livello di obiettivi strategici desiderati, o addirittura una sovrapposizione degli sforzi da parte di diversi enti, che anziché creare valore incrementale alla comunicazione rischiano di indirizzare ai cittadini messaggi incoerenti o poco chiari.

L'insieme di queste considerazioni evidenzia la necessità di modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in campo sanitario se si vuole raggiungere risultati significativi su questioni di altissimo impatto.

a) Gli obiettivi strategici

Occorre orientare l'attività e gli impegni del Servizio Sanitario Nazionale al più presto affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Ciò implica la necessità di:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni

Si ritiene pertanto di adottare, come progetto sperimentale da avviare a partire già nel primo semestre del 2002, il modello di comunicazione istituzionale poggiato su tecniche di pubblicità sociale già sperimentato, in particolare nel mondo anglosassone.

Tali tecniche sono basate su un'alleanza tra le finalità pubbliche e sociali e le finalità di aziende private per costruire una partnership con una o più

“cause”, per il raggiungimento di un beneficio comune, nell’ovvia esclusione dei conflitti di interesse.

Le ragioni che favoriscono tale approccio innovativo e stanno alla base della nuova tecnica di pubblicità istituzionale nascono da una duplice considerazione: da un lato le Istituzioni che vogliono far conoscere o perorare le proprie cause, sono sempre più in difficoltà nel reperire fondi sufficienti per un’adeguata azione di comunicazione istituzionale.

Dall’altro lato, le aziende private, soprattutto quelle che dispongono di marchi noti al pubblico, stanno cercando strumenti per rispondere alla domanda crescente di assunzione di responsabilità sociali da parte dei cittadini-consumatori, strumenti che possano altresì aiutarle a differenziarsi all’interno dei mercati in cui operano.

Rispetto ad altre forme di collaborazione del pubblico con il privato, il nuovo modello di comunicazione istituzionale protegge l’indipendenza e la correttezza della comunicazione della causa poiché è interesse dell’azienda partner che l’operazione sia di alto profilo.

Il vantaggio per una comunicazione istituzionale effettuata secondo questo modello, oltre all’ovvio aumento delle risorse finanziarie a disposizione, è la possibilità che il messaggio sia trainato presso un determinato target dalla credibilità di un marchio noto e familiare, che venga associato alla causa nella sua comunicazione. Per i tre anni di vigenza del presente Piano, il Ministero della Salute, d’intesa con le Regioni, intende avviare i processi indicati attraverso quattro specifici progetti con relativi sottoprogetti:

- 1) un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari e non salutari, la prevenzione e l’appropriatezza delle cure, che comprenda campagne su temi di interesse generalizzato, quali l’alimentazione e il fumo;
- 2) un progetto di supporto alle Regioni per:
 - il monitoraggio della localizzazione e delle caratteristiche più importanti per i cittadini dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
 - la creazione di banche-dati comunicanti;
 - la messa a punto di un sistema di trasmissione e condivisione delle informazioni nelle forme adeguate ai diversi referenti;
- 3) un progetto di supporto alle Unità locali di intervento sanitario (ASL, Ospedali, Distretti, farmacie) per:
 - la valorizzazione e lo sviluppo della funzione di comunicazione interattiva con i destinatari dei servizi;
 - la messa a punto di interventi migliorativi sugli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e sui Centri Unici di Prenotazione (CUP);
 - la individuazione di nuovi strumenti e di nuove modalità e figure professionali per la comunicazione interattiva;
 - l’aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari in tema di comunicazione interattiva;
- 4) un piano di verifica della qualità dell’informazione pubblica sulla salute e la sanità in Italia (siti Internet, carta stampata, TV, radio) con introduzione di concetti adeguati nel Piano di Comunicazione

Istituzionale e con la progressiva implementazione degli strumenti per la certificazione delle fonti di informazione.

2.10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

L'uso razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute.

A seguito dell'emanazione della Legge 16 novembre 2001 n. 405, i farmaci rappresentano uno dei settori più avanzati di applicazione del processo di devoluzione di competenze alle Regioni, in un quadro peraltro di garanzia per tutti i cittadini di accesso ai farmaci essenziali.

L'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

In tale contesto, si inserisce l'invio a tutte le famiglie italiane dell'opuscolo "Pensiamo alla salute. 20 regole per un uso corretto dei farmaci", a cura del Ministero della Salute. Tale iniziativa intende costituire un supporto di conoscenza e di informazione per tutti i cittadini sul corretto ruolo dei farmaci nel contesto della salute, mettendo in relazione l'uso dei medicinali con l'attenzione a stili di vita adeguati.

a) Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere così definiti:

- offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla citata Legge 405 del 2001;
- attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'ECM; rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini; promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;
- assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini.

b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni

Nel settore della farmacovigilanza:

- attivare una rete informatica per il collegamento del Ministero della Salute e delle Regioni con i servizi di farmacovigilanza delle ASL;

- attuare il monitoraggio sistematico e la rilevazione degli effetti collaterali gravi e delle reazioni avverse dei nuovi farmaci;
- definire ed attuare un piano triennale di farmacovigilanza attiva, orientata a gruppi di pazienti a rischio, alla registrazione dei ricoveri ospedalieri per patologie iatrogene, alla rilevazione trasversale e periodica della prevalenza quali-quantitativa di pazienti con reazioni avverse da farmaci;
- realizzare con le Organizzazioni dei medici “reti informatizzate sentinelle” di farmacovigilanza al fine di fornire in tempo reale le segnalazioni degli effetti collaterali per farmaci particolari o specifiche categorie terapeutiche.

Nel settore della informazione sui farmaci, della appropriatezza delle prescrizioni e della razionalizzazione dei consumi:

- consolidare e rafforzare presso il Ministero della Salute il Centro di documentazione e informazione sui farmaci con numero verde (denominato *Infoline*), in collegamento e collaborazione con i Centri esistenti a livello regionale e locale;
- garantire la distribuzione e l’aggiornamento su base annuale del Formulario dei farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, organizzato per classe terapeutica, principio attivo, note CUF, prezzi e confezioni disponibili;
- potenziare il Bollettino di Informazione sui Farmaci del Ministero della Salute inviato bimestralmente a tutti i medici e farmacisti;
- migliorare la disponibilità di confezioni ottimali per ciclo di terapia e per le patologie croniche, al fine di evitare gli sprechi di farmaci e favorirne un impiego più mirato e razionale;
- migliorare le informazioni sui farmaci favorendo la semplificazione e la leggibilità dei foglietti illustrativi per l’utilizzo da parte dei pazienti; mentre la scheda tecnica, inviata ai medici, dovrà contenere tutte le informazioni tecnico-scientifiche necessarie per una corretta prescrizione dei medicinali.

Nel settore della sperimentazione clinica e dei comitati etici locali:

- favorire lo sviluppo in Italia di sperimentazioni di fase I per fare in modo che l’intero progetto di ricerca e sviluppo possa vedere impegnate le strutture di ricerca pubbliche e private italiane;
- promuovere la partecipazione dei medici di medicina generale alle sperimentazioni cliniche di fase III e IV (secondo quanto previsto dai Decreti Ministeriali 18 e 19 marzo 1998) per patologie croniche che non richiedono la ospedalizzazione, al fine di definire in modo più efficace il profilo di beneficio rischio dei nuovi farmaci e la loro trasferibilità nella pratica clinica corrente;
- favorire il consolidamento della rete dei comitati etici che a livello locale sono chiamati a valutare le garanzie etiche e gli aspetti scientifici delle sperimentazioni cliniche di fase II e III.

Nel settore dell’informazione scientifica:

- adottare Linee Guida per l’organizzazione di convegni e congressi, nonché di eventi di carattere formativo da parte delle aziende

farmaceutiche per promuovere l'educazione continua in medicina prevedendo, a tal fine, anche appositi incentivi;

- favorire ed incentivare la riconversione della attività congressuali ad attività di e-learning e formazione a distanza;
- adottare provvedimenti per dimensionare il numero dei collaboratori medico-scientifici alle esigenze di una informazione corretta evitando forme di pressione fuorviante;
- promuovere l'attività delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano nel disciplinare, previa consultazione con le Associazioni di categoria imprenditoriali, con l'Ordine dei Medici e con le Associazioni sindacali dei medici più rappresentative, gli accessi degli informatori scientifici alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e agli studi dei medici convenzionati.

Nel settore dei prezzi dei medicinali è obiettivo del Piano quello di promuovere, anche sulla base delle esperienze degli altri Stati europei, una nuova disciplina dei prezzi che consenta di superare l'attuale normativa in materia di Prezzo Medio Europeo. Questa normativa ha infatti reso l'Italia troppo dipendente dalle decisioni adottate in materia di prezzi da altri Stati europei, in quanto il prezzo adottato in Italia finisce per essere la media delle politiche dei prezzi e di rimborso adottate dagli altri Paesi europei, che hanno sistemi sanitari ed assetti industriali molto diversi.

La nuova disciplina dei prezzi deve tra l'altro favorire l'innovazione farmaceutica, le attività di ricerca, e promuovere l'insediamento di officine farmaceutiche di produzione in Italia.

Deve essere infine studiata e concordata una maniera per ridurre le spese che le aziende farmaceutiche destinano alla pubblicità nelle sue varie forme (informatori scientifici, convegni, cene e viaggi, gadget) e che oggi ancora rappresentano una percentuale troppo elevata dei fatturati (fino al 27% !). La pressione sui consumatori e sui medici, infatti, può essere causa di distorsione anche grave della domanda e di situazioni difficili da giustificare sotto il profilo etico se non legale.