



Collegio Italiano dei Chirurghi

ANNUARIO DI CHIRURGIA

Archivio e Atti

del

COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI

2023



Collegio Italiano dei Chirurghi

Presidente

Diego Foschi (Mi)

Vicepresidente

Maurizio Brausi (Mo)

Past President

Marco Piemonte (Ud)

Consiglieri

Francesco Basile (Ct)

Alessandro Gronchi (Mi).

Antonio Biondi (Ct).

Mario Lima (Bo)

Pierluigi Granone (RM)

Vincenzo Maritati (Ge)

Segretari

Alessandro Giardino (Vr).

Andrea Mazzari (RM)

Carmelo Massimo Misiti (Cs)

Tesoriere

Andrea Mingoli (RM)

Collegio dei Garanti

Filippo La Torre (RM)

Vittorio Creazzo (RM)

Massimo Perachino (AI)

Revisori dei Conti

Giancarlo D'Ambrosio (RM)

Paolo Ruscito (RM)

Giovanni Mosiello (RM)

Presidenti Emeriti

Nicola Surico (No)

Roberto Tersigni (RM)

Pietro Forestieri (Na).

Marco D'Imporzano (Mi)

Presentazione

Il Collegio Italiano dei Chirurghi ha promosso nel corso degli anni un enorme mole di revisioni critiche, di proposte e di elaborazioni nel campo dell'organizzazione sanitaria e della politica di trasformazione della realtà clinica con particolare riguardo ai temi che riguardano le diverse branche della chirurgia. Il dibattito interno al Collegio ha animato numerose riunioni scientifiche particolarmente sui temi della medicina territoriale, dell'organizzazione ospedaliera, delle riforme riguardanti le reti chirurgiche, la valutazione degli esiti alla luce del PNE elaborato annualmente da AGENAS. I risultati sono stati oggetto di rapporti e lettere fatte pervenire alle Società Scientifiche che afferiscono al Collegio e anche agli organi di stampa perché l'intero corpo sociale fosse informato dei problemi incombenti e delle soluzioni che di volta in volta sono state proposte all'interno del nostro mondo esprimendosi poi direttamente o indirettamente attraverso il Collegio.

La modernità che ormai si manifesta in ogni contesto della nostra Società, anche all'interno della Comunità Scientifica, ci ha portato a privilegiare i mezzi di comunicazione non tradizionali ed abbondiamo quindi di lettere, comunicati, interventi su media e riviste di settore. L'indicatore di rilevanza ormai è l'eco che le nostre considerazioni trovano nei media, dalle riprese che sono state spesso legate a titoli ad effetto, a iniziative un poco provocatorie, a lettere istituzionali, che però esauriscono in un attimo la loro presa e cadono rapidamente nel dimenticatoio. Ci siamo assuefatti a bruciare immediatamente anche l'elaborazione e il pensiero più qualificati per inseguire il nuovo, il continuamente nuovo, quasi che il cambiare sia di per sé un valore e significhi miglioramento.

Crediamo che questo alla fine sia il nostro errore; è impossibile che ciò che di giusto viene proposto e non realizzato per un nostro difetto, forse anche di elaborazione, o per incapacità del sistema di provvedervi per mancanza di mezzi o di organizzazione, debba essere rimosso e dimenticato, condannato perché onestamente troppo difficile. Noi dobbiamo elaborare e poi ripensare, meditare, rendere realizzabile ciò che è utile sulla base dello studio attento dei problemi e delle esperienze maturate sul campo.

“Verba volant, scripta manent”; per questo nasce l'Annuario del Collegio Italiano dei Chirurghi, per dare alla nostra comunità una possibilità d'incontro e di confronto, uno spazio duraturo in cui spiegare le nostre idee, i nostri scopi, i nostri programmi e misurarci con la realtà.

Il Consiglio Direttivo
del Collegio Italiano dei Chirurghi



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



- 17ª edizione -

22-25 NOVEMBRE 2022

AREZZO FIERE E CONGRESSI

LA SANITÀ DI OGGI E DOMANI

EQUITÀ DI ACCESSO

PROSSIMITÀ

SOSTENIBILITÀ DEI SERVIZI

SANITARI E SOCIALI

La ripresa della Chirurgia fra sviluppo organizzativo e tecnologico

Atti della conferenza del COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI

In partnership con FORUM RISK MANAGEMENT 2022-Arezzo.

Apertura

Diego Foschi

Presidente CIC Milano

Arruolamento e formazione professionale la specializzazione e fellowship

Vittorio Creazzo

Cardiochirurgo, Roma

Marco De Prizio

Direttore UOC Chirurgia Azienda USL Toscana sud est

La tutela del chirurgo sul fronte medico legale

Filippo La Torre

Chirurgo, Roma

I DRG: un problema irrisolto o insolubile?

Marco Piemonte

Otorinolaringoiatra, Udine

Sussidiarietà e subalternatività delle reti ospedaliere

Maurizio Brausi

Urologo, Modena

La necessità dell'aggiornamento tecnologico

Alessandro Giardino

Presidente SICOP

L'eccellenza in ambito sanitario

Carmelo Massimo Misiti

Ortopedico, Cosenza

Equità e tempestività di accesso alle cure

Presentazione

La crisi della Sanità Italiana è sotto gli occhi di tutti: eravamo considerati per caratteristiche di universalità, di giustizia sociale, di modernità e anche di efficacia e di efficienza (complessivamente avevamo costi molto contenuti) al secondo posto nel mondo, immediatamente a contatto con i nostri vicini d'oltralpe, oggi condividiamo con la Romania il maggior numero di decessi per COVID, abbiamo un forte incremento anche della mortalità indiretta per sottrazione di cure e mancata prevenzione secondaria in campo oncologico. In effetti, per investimenti, per forza lavoro, dispiegamento di strutture assistenziali, letti, posti di rianimazione siamo ormai in coda nella prima Europa e i risultati ne risentono in modo molto chiaro.

Nel campo della formazione noi parlavamo da lustri di programmazione sbagliata, di ritardi nella definizione degli obiettivi didattici, di un modello d'insegnamento e d'inserimento delle nuove forze chirurgiche poco incisivo, debole nella formazione e insufficiente nella motivazione professionale. Da sempre abbiamo ammonito a non lasciare i chirurghi in balia di una smania giudiziaria, spesso motivata da pulsioni opportunistiche e non da desiderio di giustizia, capace solo di distruggere un tessuto professionale prezioso e che sarà difficilissimo ricostruire. E che dire della riduzione degli spazi e degli strumenti di cura in un mondo che si affida allo sviluppo tecnologico nella speranza di rendere i tempi del recupero biologico dei pazienti frazioni di quanto previsto? Nulla, se non l'evoluzione, può modificare la risposta umana alla malattia e al trauma. Possiamo migliorare i sistemi di sorveglianza, organizzare meglio gli strumenti di supporto sociale e sanitario, ottenere risultati di recupero impensabili 50 anni fa, ma non possiamo pensare di farlo senza investire nei mezzi di cura: da sempre il progresso tecnologico ha migliorato i risultati, ma aumentato i costi. Così l'obsolescenza dei nostri ospedali risulta ancora più drammatica se confrontata con le possibilità che le tecnologie più moderne offrono nel campo dell'organizzazione sanitaria e delle cure.

Il PNRR proposto dalla UE è rivolto principalmente alla creazione di strutture territoriali integrate (Case e Ospedali di Comunità), all'aggiornamento delle alte tecnologie e all'espansione della digitalizzazione in sanità. Si tratta certamente d'iniziative utili e chiaramente non possiamo pensare di rinunciarvi, ma realmente sono la priorità del momento? In particolare, la spesa per la medicina territoriale, con l'edificazione di una rete di strutture fisiche ubicate su un territorio e per una popolazione che sta subendo una profonda trasformazione demografica a causa della grave denatalità che caratterizza l'Italia e per l'accentuarsi dei flussi migratori interni, legati all'irreversibile crisi economica e sociale delle

popolazioni del nostro Sud, è davvero una scelta saggia? O non ci troveremo con cattedrali nel deserto, doppiamente inutili sia perché manca la forza lavoro sia perché mancheranno gli utenti finali?

A fronte di tutte queste considerazioni, riteniamo che vi siano molte possibilità di migliorare la nostra situazione sanitaria senza investire cifre da capogiro (non ci può essere cambiamento senza supporto economico che lo sostenga) favorendo meccanismi virtuosi che sfruttino al meglio le risorse sul campo.

Abbiamo portato le nostre proposte al XVII Forum Risk Management in Sanità che si è tenuto lo scorso novembre ad Arezzo. Siamo grati al Comitato Scientifico del Convegno e in particolare al Dr. Giannotti per averci ospitato in tale sede e averci consentito un confronto con le componenti manageriali, pubbliche e private, presenti, risultato di particolare utilità.

Nelle pagine che seguono vengono riportati gli interventi dei relatori che hanno partecipato a nome del Collegio Italiano dei Chirurghi. Essi sono stati oggetto di riesame e di dibattito all'interno del Consiglio Direttivo: le note e i commenti riportati in calce alle relazioni riportano le opinioni prevalenti. È nostro auspicio che esse amplifichino l'analisi critica delle proposte presentate per giungere ad un programma operativo, incisivo ed efficace.

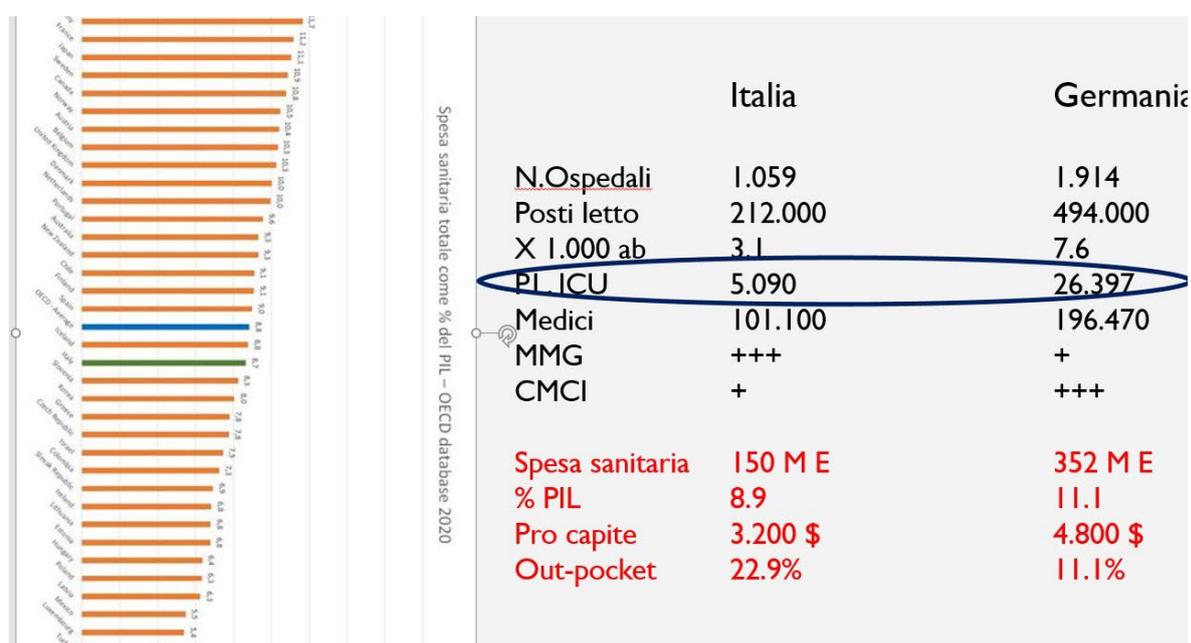
**Il Consiglio Direttivo
del Collegio Italiano dei Chirurghi**

La dimensione della crisi sanitaria e chirurgica

Diego Foschi, Milano
 Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

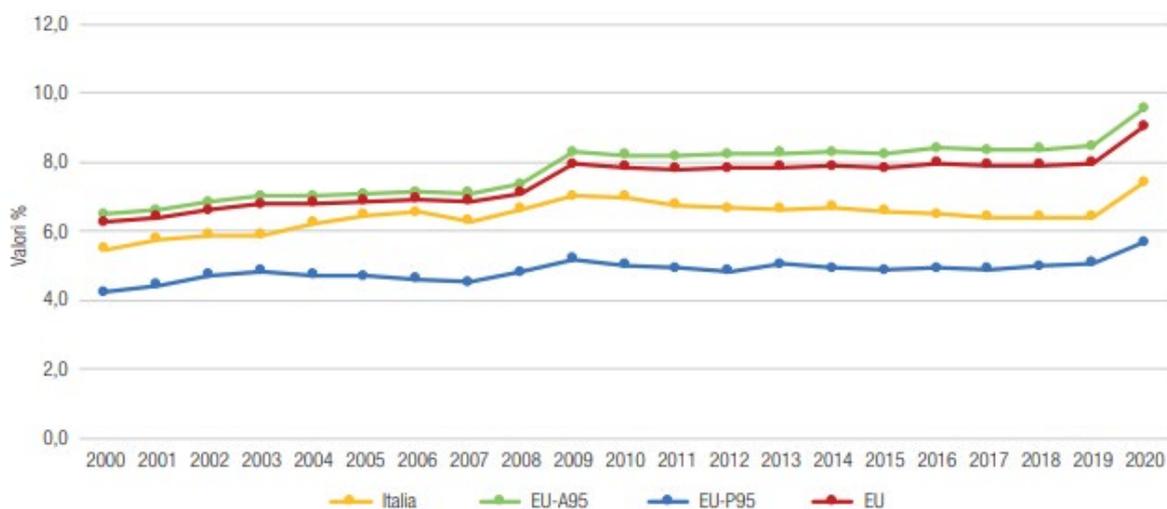
Durante gli ultimi due anni, nel corso della Pandemia COVID-19, ci siamo potuti rendere conto della fragilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Per settimane o mesi abbiamo dovuto verificare l'incapienza del sistema ospedaliero, la drammatica insufficienza delle terapie intensive, cui s'è cercato di porre rimedio con interventi tampone spesso estemporanei, il crollo degli interventi chirurgici che si cerca di recuperare ora ma con scarsa possibilità di successo, una mortalità per COVID (nel momento in cui scrivo 180.000 decessi) che è la seconda in Europa e un incremento della mortalità extra-covid di circa 50.000 unità (nel 2020) che ha comportato un cambiamento apprezzabile nella composizione demografica del nostro paese. Se ci confrontiamo con la Germania, che è un altro dei paesi fondatori della prima Europa (dei sei) ed ha avuto risultati del tutto differenti, risulta chiaro che questa tragedia è stata causata da una povertà di risorse, intesi come strutture, mezzi e uomini per provvedere alle cure.

Figura 1. L'impatto del COVID 19 in Italia e Germania



In Italia, la spesa sanitaria pro-capite del 2021, dopo l'aumento dei finanziamenti determinato dal COVID è stata di 3.200 euro, con un incremento percentuale sul Prodotto Interno Lordo all'8.9%, che in ottemperanza all'ultima programmazione finanziaria è destinata a scendere nuovamente nel triennio a seguire, riportandoci nell'ambito della seconda Europa, lontano dagli altri paesi fondatori.

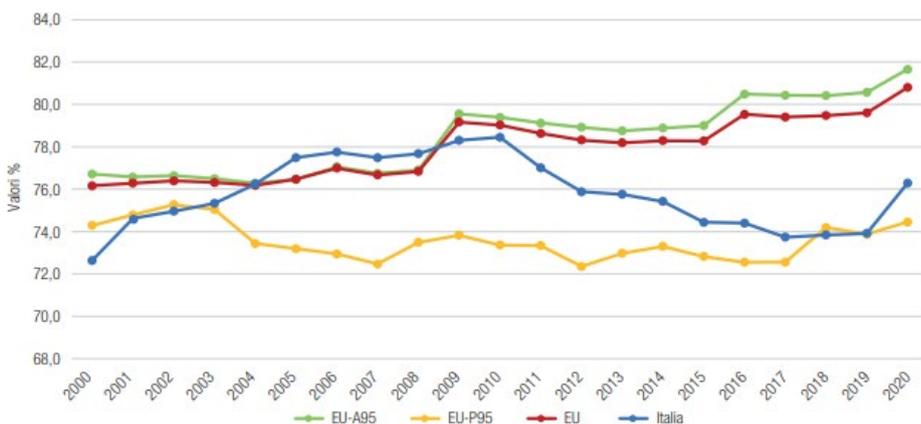
Figura 2. Incidenza del finanziamento pubblico sul PIL



Fonte OCSE e CREA, 2021

Questo processo di ridimensionamento della spesa sanitaria è iniziato dopo la crisi dei mutui subprime del 2008-2010 ed ha raggiunto il suo massimo sviluppo proprio nell'anno della pandemia, il 2019. Esso è stato determinato da un progressivo ridimensionamento della quota di finanziamento pubblico, che è sceso fino ad un minimo del 74%.

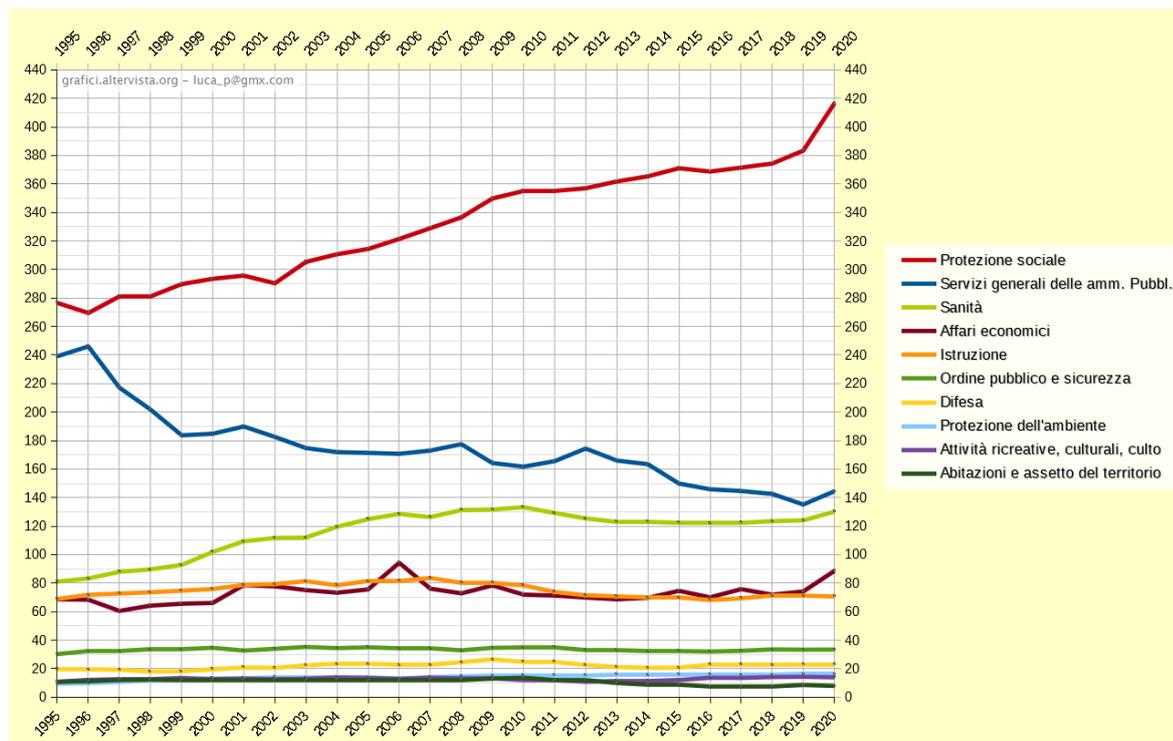
Figura 3: finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte OECD e CREA,2021

La spesa pubblica italiana ha raggiunto il 55,3% del PIL e ci colloca al sesto posto in Europa; sfortunatamente la quota d'interessi pagata sul debito pubblico è pari al 3,6%, retaggio di un passato di forte indebitamento (negli anni '90 era oltre il 12%), e lo stanziamento netto ne risulta fortemente ridotto. In termini assoluti, nel nostro paese, la spesa pubblica pro-capite è pari a 16.684 euro e pone l'Italia nella quattordicesima posizione. A fronte della spesa per il SSN, che dopo l'ultimo finanziamento collegato alla pandemia ha raggiunto il 13,8% del totale, il settore della protezione sociale (che include le pensioni e il sostegno alla disoccupazione) ha raggiunto con un ritmo d'incremento costante il 44,1% della spesa totale, sotto la spinta dell'invecchiamento della popolazione.

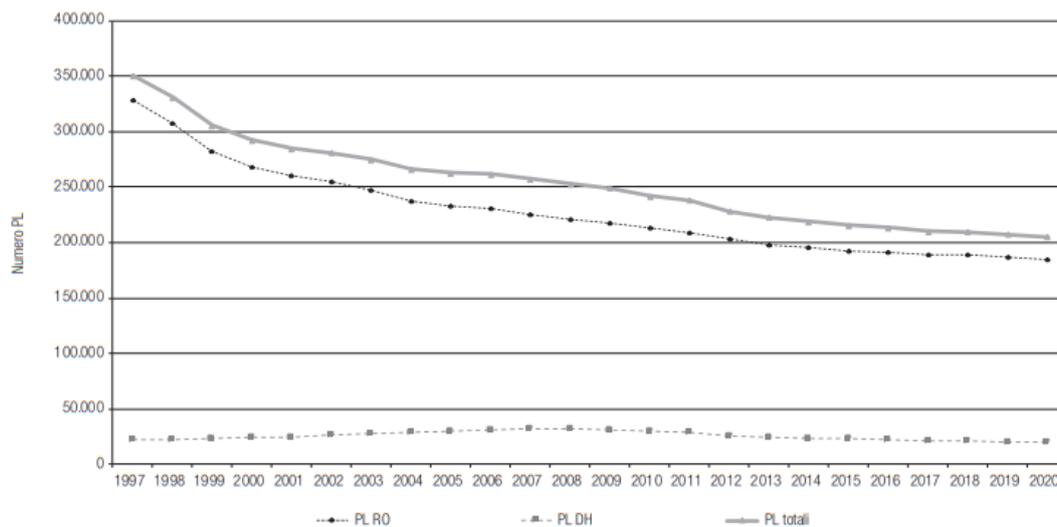
Figura 4. Ripartizione della spesa pubblica in Italia



In forte ridimensionamento la quota destinata alle spese generali della pubblica amministrazione e da sempre ridotta quella della ricerca, che pure è un importante fattore di progresso in sanità. In buona sostanza, dal 2010 in avanti e fino al 2019, l'assistenza sanitaria pubblica ha avuto sempre minore attenzione e sostegno.

La riduzione del finanziamento pubblico alla Sanità non poteva che tradursi in un ridimensionamento di mezzi, strumenti e forza uomo a disposizione del sistema, i cui effetti sono stati solo parzialmente contrastati dalla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

Figura 5. Variazione della dotazione di posti letto in Italia (1997-2020)

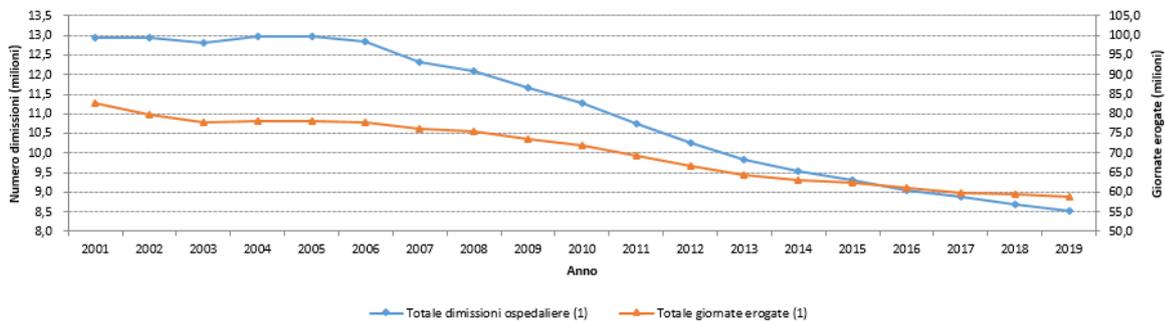


OASI,2021

Di fatto, prendendo come riferimento i posti letto come indicatore dell'utilizzo degli strumenti di cura, il nostro SSN ha subito un progressivo ridimensionamento a partire dalla fine degli anni '90 che ci ha portati da 350.000 a 200.000 circa, con un tasso di 3,1 letti x 1.000 abitanti, fra i più bassi in Europa. Contemporaneamente vi è stato un forte ridimensionamento del numero delle strutture, che sono diminuite del 20% ma senza un piano di riallocazione atto al mantenimento di una risposta articolata secondo le competenze. Allo stato attuale ci troviamo di fronte a una sostanziale disarticolazione del sistema che non è in grado così di realizzare una reale presa in carico del paziente secondo criteri di efficacia e di efficienza. Ne è riprova il fatto che la principale doglianza degli utenti è la lunghezza dei tempi di attesa per prestazioni di diagnosi e cura sia ambulatoriali che di degenza.

Nell'ultimo ventennio (facendo riferimento all'epoca pre-covid) il tasso di mortalità generale della popolazione italiana è stato pressoché costante, intorno al 10 x1.000 e si può presumere che esso rifletta una necessità di cura altrettanto stabile. Tuttavia, il tasso di ospedalizzazione (così come evidenziato da numero delle dimissioni e dalle giornate di degenza) è andato costantemente diminuendo.

Figura 6. Trend dimissioni e giornate erogate

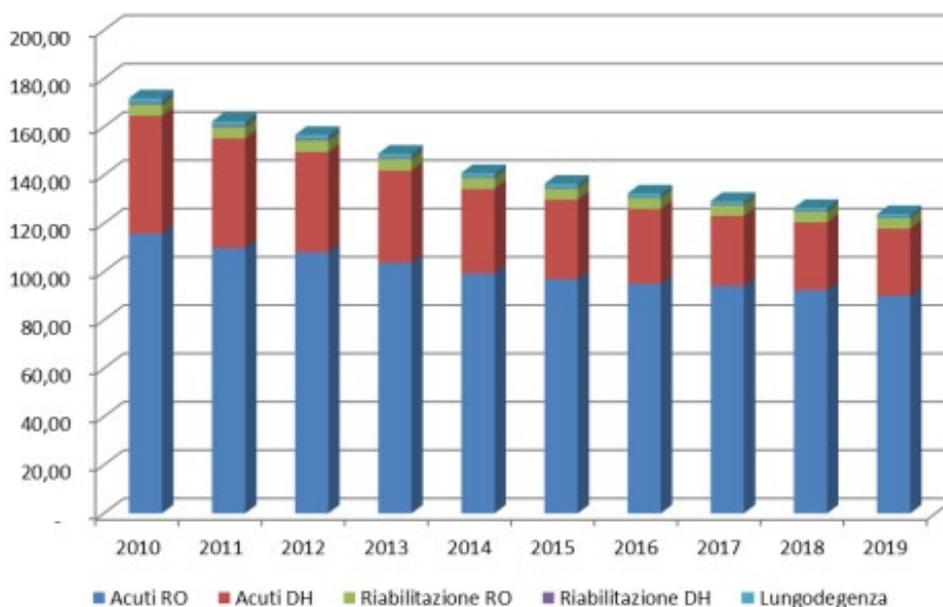


Fonte CREA,2021

È difficile credere che si tratti di una reale diminuzione della domanda ed è più ragionevole ritenere che si tratti di una risposta divergente (spostata quindi sulla terapia ambulatoriale) o addirittura negata. Nel 2015, il DM 70 (documento centrale della programmazione sanitaria dell'ultimo periodo) fissava a 160 x 1.000 abitanti il tasso di Ospedalizzazione del nostro Sistema Sanitario, prevedendo allo stesso tempo una dotazione di posti letto di 3.7 x1.000 abitanti (0.7 x lungodegenza e riabilitazione).

Nel 2019 (anno precedente la pandemia) il tasso di ospedalizzazione è stato circa del 120 x 1.000, un valore di gran lunga inferiore a quello preventivato come utile ad una risposta corretta alle esigenze della popolazione.

Figura 7. Tasso di ospedalizzazione in Italia 2010-2019



Fonte CREA,2021

La riduzione risulta particolarmente rilevante sia per i ricoveri in regime ordinario che in Day Hospital. Se si esamina il problema in una prospettiva chirurgica, in particolare quella dei ricoveri ordinari che corrispondono poi all'esecuzione di un intervento chirurgico, si può notare che il numero dei ricoveri ha subito una riduzione modesta (-5%) così come le giornate di

Figura 8: andamento dell'attività chirurgica 2010-2019

Parametro	2010	2015	2019
n.ricoveri	5.701.216	5.243.324	5.408.280
GG degenza	37.864.465	35.359.499	37.676.887
Colecistectomia	106.448	102.193	97.845
Ernioplastica i/f	83.443	59.234	52.641
Interv. mammari	80.267	80.492	84.454
Artroplastica ginocchio	62.810	71.309	89.563
Isterectomia	55.192	49.489	47.760
Resezione colon/retto	54.551	53.081	51.946
Aa int ORL	43.755	41.519	42.012
Appendicectomia	44.205	36.916	33.564
Tiroidectomia	39.087	35.815	32.142
Prostatectomia (TURP)	34.733	37.234	41.518

Fonte Collegio Italiano dei Chirurghi su dati ministeriali

Gli indicatori freccia colore indicano l'andamento degli interventi nel decennio considerato

degenza (- 0.49%), ma la tipologia degli interventi è radicalmente modificata. A fronte di un incremento degli interventi di artroplastica del ginocchio e di prostatectomia che risponde sia a un criterio epidemiologico che di avanzamento tecnologico, altri interventi rimangono sostanzialmente (e prevedibilmente) stabili come quelli sulla mammella ed altri ancora subiscono un ridimensionamento difficilmente spiegabile su base epidemiologica (- 4.7% per le resezioni del colon-retto, - 8% per la colecistectomia, - 13% per l'isterectomia, - 17% per la tiroidectomia, - 24% per l'appendicectomia, - 36% per l'ernioplastica [quest'ultima con possibile parziale compensazione per interventi in D.S.) e compatibile piuttosto che un diniego o un rinvio a lungo termine delle cure.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale da almeno un decennio è insufficiente alle necessità di cura della popolazione e questa realtà si è manifestata drammaticamente durante la crisi determinata dalla Pandemia COVID-19 quando la richiesta di prestazioni sanitarie è cresciuta a dismisura mettendo in evidenza errori di programmazione di lungo periodo, insufficienza della rete amministrativa di supporto, deficit strutturali e fragilità organizzative.

Una risposta correttiva è quanto mai urgente e necessaria, una volta identificati i fattori critici che hanno reso ineluttabile questa grave crisi.

Oltre al fattore economico, che abbiamo estesamente analizzato, deve essere ricordato che la crisi degli organici ha una sua ragione anche nei deficit di programmazione, nella mancata o insufficiente definizione della progressione di carriera, nel basso livello di retribuzione e nel mancato riconoscimento delle attività logoranti, nello spettro del contenzioso medico legale.

Riferimenti

1. XVIII Rapporto Sanità. CREA Sanità 2023.
<https://www.creasanita.it/index.php/it/ultima-edizione>
2. Rapporto OASI 2022. Cergas Bocconi.
<https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi/oasi-report-2022>
3. Finanza pubblica. Noi Italia 2022.
<https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=19&dove=ITALIA>

LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACCESSI E LA DEFINIZIONE DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA:SPECIALIZZAZIONE E FELLOWSHIP

Vittorio Creazzo, Cardiochirurgo, Roma

In Italia stiamo assistendo a un fenomeno diverso da quanto succede in Europa, dove siamo a pieno titolo. I concorsi per entrare nelle Scuole di Specializzazione vanno deserti.

Le motivazioni sono molteplici e vanno dagli alti costi per i contratti assicurativi, ai turni massacranti, alle aggressioni verbali e fisiche, alle possibili denunce da parte dei parenti del paziente deceduto o comunque danneggiato dall'atto operatorio.

Stuoli di avvocati stazionano davanti al pronto soccorso, alle rianimazioni, alle sale mortuarie, offrendo consulenze al momento gratuite, fino al raggiungimento di una vittoria economica.

Inoltre, a differenza degli altri stati europei, non vi è alcuna programmazione sulle effettive necessità annuali di copertura di posti di lavoro e ruoli nelle varie specialità.

Succede spesso, purtroppo, che gli specialisti debbano cambiare le loro prospettive, per assenza di sbocchi lavorativi. Alcuni anni fa, in una struttura riabilitativa e RSA dei Castelli Romani, 3 specialisti in Cardiochirurgia, effettuavano le guardie mediche nei reparti.

Esiste, inoltre, il grave problema ancora irrisolto che specialisti nelle varie branche chirurgiche non abbiano ricevuto conoscenza ed esperienza operatoria adeguata.

Nella vicina Francia, ad esempio, il diploma di specializzazione in Cardiochirurgia viene consegnato solamente a chi ha effettuato, durante i 5 anni di corso, 300 interventi come primo operatore, molti di più come secondo operatore, ancora di più come terzo operatore.

Sempre per quanto riguarda la Cardiochirurgia, di cui mi occupo da sempre, nel 1978 il Ministero della Sanità nominò una commissione, Presidente Paride Stefanini, per condurre un'indagine conoscitiva e definire lo "status"

dei centri di Cardiochirurgia di allora (56). La relazione finale argomentò che un centro di Cardiochirurgia dovesse effettuare almeno 300 interventi per anno in CEC per rimanere operativo, e che quindi la metà di tali centri, dovessero essere chiusi.

La situazione attuale conta più di 90 centri di Cardiochirurgia, ma non tutti raggiungono ancora quei numeri “minimi”.

Le Società scientifiche aiutano i propri soci con Grant e borse di studio, spesso non sufficienti. Anche le Fondazioni, create da alcune Società scientifiche, cercano con i loro mezzi a disposizione di erogare anche Fellowship. Lo stesso fanno le Università,

compatibilmente con i loro bilanci. Ma tutto questo dovrebbe essere elargito e controllato dal Ministero della Salute!

Per quanto riguarda gli specialisti, ritengo che gli ultimi anni delle specialità dovrebbero essere svolti negli Ospedali, più adeguati a fornire esperienze formative chirurgiche e far acquisire, affinare e perfezionare al meglio il proprio bagaglio operativo.

I vari governi, succedutisi nel nostro Paese, dovrebbero gestire e aiutare le Università e gli Ospedali, fornendo loro tutto quanto occorra per avere, alla fine del percorso, dei chirurghi “affidabili” e autonomi nella gestione chirurgica delle routine e delle emergenze.

Questa situazione obbliga tanti specialisti ad andare a lavorare all'estero. Tutto il patrimonio economico investito viene perduto e continuiamo a perdere scienziati e chirurghi che “stranamente” riescono sempre a eccellere!

La SICCH (Società Italiana di CardioChirurgia) interviene per accompagnare i propri giovani nel loro percorso formativo, anche tramite la Fondazione Cuore Domani-SICCH Research Onlus. Forniamo Grant, borse di studio, iscrizione gratuita alla società per i primi due anni e successivamente un terzo della quota sociale, fino al raggiungimento del Diploma di Specialità, una Task Force medico-legale, contratti agevolati con le compagnie assicurative.

Da anni, ormai, i nostri congressi biennali prevedono Weblab su vari argomenti tecnici, in cui i giovani si cimentano per adeguare la propria mano chirurgica verso il futuro. Abbiamo inoltre fornito ai tribunali, un elenco specifico per le varie patologie, con colleghi esperti operatori nelle varie

branche, per evitare che vengano nominati periti poco esperti sul caso specifico, di cui si discute nel processo.

Concludo dicendo che le Scuole di Specializzazione, accettando al primo anno il futuro specialista, lo iscrivano "d'ufficio" alla società scientifica di appartenenza. Questo piccolo espediente renderebbe, da subito, il giovane specializzando più inserito, come attore principale nel suo presente e nel suo futuro.

Addendum

A margine della testimonianza, accorata e preziosa del Prof. Creazzo, crediamo che sia utile ricordare le trasformazioni che il processo di arruolamento e di formazione dei chirurghi in Italia ha subito nell'ultimo trentennio. Negli anni '80, l'accesso alla carriera di chirurgo avveniva attraverso un concorso ospedaliero per il quale non era necessario il possesso di un diploma di specializzazione. Questo era utile per la successiva progressione di carriera, che riconosceva un'ulteriore tappa nell'acquisizione dell'idoneità a Primario che avveniva attraverso un concorso nazionale presso il Ministero della Sanità. Vi era in quell'epoca una considerevole sproporzione fra il numero dei candidati alla Scuola di Specializzazione e il numero dei posti a disposizione, con un rapporto talora pari al valore di 10 a 1. Ciò portò progressivamente all'incremento del numero delle scuole e dei posti, con un insegnamento prevalentemente culturale e senza un percorso professionalizzante pratico. L'accesso, comunque, era legato ad una scelta precedente sul versante chirurgico e alla necessità di provvedere i candidati di un chiaro riconoscimento professionale relativo a competenze ormai acquisite. In ultima istanza, gli specialisti erano selezionati sul campo e ricevevano un riconoscimento sulla base dei Curricula maturati nel tempo. Durante il periodo di formazione gli iscritti versavano una quota e non ricevevano emolumenti. L'intervento chirurgico era prerogativa dei Laureati in medicina e chirurgia e non degli specialisti. Alla fine degli anni '80, la normativa delle Scuole di Specializzazione si modificò e in accordo con le disposizioni della UE fu progressivamente introdotto il concetto che la Scuola di Specializzazione accogliesse Professionisti che venivano provvisti di una borsa di studio a fini formativi. Il numero delle Scuole fu fortemente ridimensionato, scomparvero alcune di esse (grave la perdita della Chirurgia d'Urgenza) per l'obbligo ad uniformarsi allo stato comune degli altri paesi dell'Unione. In effetti, dal 1987 con Decreto Ministeriale si era stabilito che l'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia fosse commisurato alla reale richiesta assistenziale, stabilendo un numero programmato anche in relazione alla consistenza delle strutture formative e al numero dei docenti disponibili. Era evidente la necessità di una doppia programmazione prima alla Facoltà e poi alle Scuole di Specializzazione, cosa che effettivamente avvenne. Inizialmente i Concorsi furono locali, e quindi con sostanziali difformità selettive da sede a sede, per poi divenire progressivamente a base nazionale con una considerevole (come auspicato) uniformità e confrontabilità dei risultati. I criteri di selezione, tuttavia, riguardavano essenzialmente il profilo culturale, generale e scientifico, le capacità logiche e in modo assolutamente marginale consideravano il profilo psico-

attitudinale dei candidati ad un percorso specifico come quello chirurgico. Nessun può negare che uno psichiatra abbia necessità formative e anche possibilità di pratica clinica completamente diverse da quelle di un chirurgo, che deve necessariamente eccellere in una prestanza della gestualità e possedere caratteristiche di resistenza fisica e psicologica peculiari. Perciò non deve stupire se a fronte del corretto numero di arruolati dalla Facoltà, al momento dell'opzione per le Scuole di Specializzazione la scelta chirurgica negli scaglioni di merito più elevato sia assai modesta. È opinione corrente che la Chirurgia nelle sue diverse branche sia scarsamente appetibile anche perché (con le dovute eccezioni, come la chirurgia plastica) non consente scelte professionali gratificanti sotto il profilo di sviluppo della carriera ed anche economico. Attualmente, nella maggioranza dei reparti chirurgici è richiesto un elevato numero di ore di guardia, anche di Pronto Soccorso (che non è chirurgia), e di attività burocratiche che sono molto poco gratificanti. Questa osservazione porta al precoce allontanamento, già al secondo anno di corso, di circa il 6% degli iscritti. Un secondo elemento di difficoltà è rappresentato dallo scarso indice di performance operatoria durante la Scuola di Specializzazione. Per potere fare eseguire agli specializzandi delle branche chirurgiche il numero d'interventi prescritto, nella tipologia prevista dalla normativa, è necessario avere a disposizione una casistica molto elevata; sono poche le Università e le Scuole che hanno saputo attrarre precocemente una rete di strutture ospedaliere afferenti, in grado di ospitare gli specializzandi con una reale possibilità di sviluppare un iter formativo adeguato, ma si deve riconoscere al legislatore di avere stabilito numeri e ruoli precisi, peraltro ben lontani da quelli adottati dall' European Board of Surgery a livello europeo. È possibile, però, che ad una certificazione di interventi eseguiti non corrisponda un livello adeguato di autonomia del candidato e al momento non risulta prescritta alcuna verifica sul campo delle abilità operatorie acquisite. Molti neo-specialisti rischiano perciò di essere relegati in compiti assistenziali marginali non corrispondenti a quelli previsti dal ruolo che ricoprono. Questa realtà è risultata ancora più evidente negli ultimi due anni, perché in relazione all'emergenza COVID si è provveduto ad un loro inquadramento in ruolo già al quarto e quinto anno di specializzazione anticipando la conclusione del ciclo formativo e riducendone la portata. È difficile valutare, al momento, quali possano essere i risultati di tale sincope formativa sullo sviluppo professionale di questa generazione di chirurghi.

Il quadro di disincentivazione della chirurgia come scelta professionale si completa ove si consideri il rischio elevato di coinvolgimento nel contenzioso medico-legale con la necessità di difendersi in un contesto d'incertezza per

un lungo periodo di tempo, l'aggravio degli oneri assicurativi, la ricaduta potenziale sulla famiglia, l'insicurezza della posizione, la sensazione di perdita di prestigio che inevitabilmente questa situazione comporta.

In conclusione, la scelta della chirurgia e delle sue branche come vocazione professionale incontra numerosi ostacoli, che possono essere sintetizzati come perdita di prestigio, assenza di ruolo, scarso riconoscimento (anche economico) delle peculiarità che caratterizzano la nostra arte e mancanza della possibilità di agevole accostamento esperienziale nel periodo che precede la Laurea. Non esiste una soluzione agevole a questi problemi, certamente un passaggio molto utile può essere quello di creare un contingente di riserva verso la chirurgia nel contesto dell'esecuzione di prove psico-attitudinali specifiche per un arruolamento selettivo.

Riferimenti

1. Decreto interministeriale recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria.
<https://www.miur.gov.it/-/decreto-interministeriale-recante-gli-standard-i-requisiti-e-gli-indicatori-di-attivita-formativa-e-assistenziale-delle-scuole-di-specializzazione>
2. The UEMS Section of Surgery strives to uphold the quality of surgical training.
<https://uemssurg.org>

La tutela del chirurgo di fronte all'esplosione del contenzioso medico-legale

Filippo La Torre

Presidente del Collegio dei Garanti CIC (Roma)

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) ha avuto il tema della Responsabilità Professionale al centro della propria attenzione e della propria attività istituzionale sin dalla sua fondazione.

Il CIC ha contribuito, in prima persona, alla elaborazione delle Legge 24/2017, detta anche Legge Gelli/Bianco, ed ha visto, nella sua approvazione da parte delle Camere, la premessa politica a mettere in chiaro, tra l'altro, il grande ed annoso problema del contenzioso sanitario.

L'articolato della Legge prevedeva, come logico ed istituzionalmente previsto, la messa a punto e l'emanazione dei cosiddetti Decreti attuativi (da parte dei diversi Ministeri interessati, Salute, Sviluppo Economico, Giustizia) allo scopo di normare i vari punti di interesse per renderla applicabile.

Il Ministero della Salute ha emanato l'unico, ad oggi, Decreto attuativo che ha riguardato «Le Linee Guida ed il conseguente accreditamento delle Società Scientifiche», in primo luogo, allo scopo di normare la corretta e tempestiva emanazione delle Linee Guida, il ruolo dei professionisti, la loro specialità, la loro qualificazione ed il loro aggiornamento «ECM».

Il Decreto del Ministero della Salute, unico finora emanato, ha creato, però, non pochi problemi. Infatti, immediatamente, è apparso problematico far sì che oltre 500 Società Scientifiche Mediche potessero ottenere l'accreditamento ministeriale, utile alla emanazione delle Linee Guida (modifiche statutarie, riconoscimenti, etc.). Oltre ai costi previsti per la loro messa a punto e la loro oggettiva numerosità!

La definizione dei ruoli ed il riconoscimento delle Specialità nonché il tema della qualificazione e del doveroso aggiornamento professionale ha portato poi più confusione che chiarimenti.

Questa lunga premessa è utile per chiarire che, oltre al passo lento, il problema della Legge è anche il passo (o i passi) sbagliati.

Lo scopo della legge 24/2017 era soprattutto (nelle aspettative della classe medica):

- a) Chiarire la Responsabilità Professionale (Sanitaria),**
- b) Normalizzare il rapporto con le Assicurazioni,**
- c) Ordinare e ridurre il contenzioso (ormai 60.000 cause circa l'anno)**

- d) Tutelare la categoria dei Chirurghi dalla enorme marea di «denunce»,
- e) Ridurre la cosiddetta Medicina Difensiva, il cui costo è superiore ai 10 miliardi l'anno.

Nessuno di questi risultati è stato ad oggi ottenuto!

- a) Per parlare correttamente di Responsabilità Professionale Sanitaria manca nella Legge, prima di tutto, la definizione stessa di «atto medico» e, con essa, un chiarimento, non soltanto generico, del «danno» oltre che di quello che viene chiamato «errore medico» e, in conseguenza di esso, la definizione di «colpa grave» con l'aggravio della responsabilità penale.
- b) Il contenzioso, in ambito sanitario, continua a crescere ed ha dato anzi una poderosa spinta a coloro che di contenzioso vivono (prosperano gli studi legali specializzati sul tema).
- c) La medicina difensiva cresce e, di conseguenza, i giovani laureati oggi evitano le specializzazioni «a rischio» -> tutte le chirurgiche!

Sembrava che la Legge 24/2017 rappresentasse un passo avanti riguardo la Tutela del Chirurgo ma, invece, per alcune incongruenze della sua stesura finale e per la mancanza dei Decreti attuativi, come già detto, tutto questo è stato vanificato, come dimostrato sia dal crescere del contenzioso che dalle sentenze della Corte di Cassazione, che recitano sistematicamente che la precedente Legge Balduzzi aveva riferimenti più chiari e definiti rispetto alla Gelli-Bianco.

La tutela del Chirurgo può venire soltanto dopo una chiara definizione dell'Atto Medico e, di seguito, da una interpretazione chiara del significato della Responsabilità penale prima che civile, nel rispetto del carico giudiziario del professionista ed anche delle aspettative del cittadino che vi ha fatto ricorso.

Il ricorso degli studi legali alla Responsabilità Penale è aumentato in maniera considerevole con la Legge Gelli-Bianco incrementando il malessere dei professionisti costretti a difendersi in 2 sedi diverse anche a causa della «pessima definizione della cosiddetta colpa grave», con uno sviluppo temporale di 5-10 anni.

La mancanza del decreto attuativo sulle «assicurazioni» comporta poi svariati problemi:

- a) Un eccessivo costo della assicurazione professionale,
- b) Una mancata ed insufficiente copertura per il libero professionista,
- c) Il mancato obbligo della Compagnia assicurativa a coprire il rischio,
- d) Un mancato controllo dei contenuti delle polizze, a rischio di completa copertura.

Una notevole attesa si è creata nei confronti del Decreto attuativo riguardante le assicurazioni (a cura del Min. Sviluppo Economico, e non solo).

Lo scorso anno era stata predisposta una bozza poi abbandonata, anche per i rilievi del Consiglio di Stato. Da un paio di mesi ne circola una nuova che prevede sinteticamente alcuni punti controversi.

- a) Introduzione del bonus-malus!?,
- b) Raddoppio del rischio professionale (e conseguente incremento dei costi),
- c) Nessuna copertura per coloro che esercitano nelle strutture private,
- d) Nessun obbligo di assicurare da parte delle compagnie.

Tutte queste considerazioni conducono a considerare l'attuale Legge insufficiente a tutelare i professionisti dall'eccesso di contenzioso ed è quindi necessaria, a nostro giudizio, una sua profonda revisione o, in alternativa, di una vera e propria riscrittura alla luce delle incongruenze messe in risalto.

Il CIC sta già lavorando su questi punti cercando un sostegno politico trasversale e condiviso per raggiungere in tempi ragionevoli questi obiettivi. Negli anni finali della scorsa legislatura, il CIC aveva rilevato un consenso trasversale verso la emanazione rapida dei decreti attuativi come anche verso la modifica dei punti che erano stati individuati come controversi. La nuova legislatura ci pone di fronte al fatto che si dovrà, purtroppo, risollevarlo il tema di fronte alle autorità governative e ai parlamentari interessati alla sanità. Siamo a conoscenza delle emergenze diverse che il paese ha vissuto e vive, ma il tema della responsabilità medica rimane centrale per il miglior funzionamento del nostro SSN.

Il contenzioso medico-legale: un nodo di Gordio da recidere

Il problema del contenzioso medico legale è stato per lungo tempo considerato marginale, ma è cresciuto in modo costante fino a raggiungere una dimensione che interferisce pesantemente con l'attività dei professionisti e in particolare dei chirurghi. In epoca Umbertina, il chirurgo era pienamente tutelato; il 24 luglio 1871, la Corte di Cassazione in Napoli così sentenziava in merito alla responsabilità legale del chirurgo: " Chi nell'esercizio della sua professione arreca danno ad altri per cattivo magistero della sua arte non è in colpa e non incontra responsabilità a meno che non sia provato l'animo deliberato di malaffare". È una dichiarazione che tutti noi chirurghi sottoscriveremmo, ma è in netta contraddizione con l'art.32 della Costituzione che stabilisce: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo.... ". Da questa norma discendono gli art. 40-41, 589-90 del Codice penale e gli articoli 1218,2043 e 2236 del Codice civile oltre che la più recente Legge Gelli-Bianco. Nel corso degli anni, in forza delle sentenze emesse dalle Corti giudicanti si è stratificato un corpo di riferimenti complesso e articolato che sulla base di una tutela definita ex post della salute della persona sottoposta alle cure è pregiudizialmente sfavorevole ai sanitari. Così le CC 6141/1978 e 6620/1988 hanno stabilito che in caso di danno per interventi routinari si deve presumere l'inadeguatezza o non diligente esecuzione della prestazione sanitaria. Sta al medico dimostrare l'assenza di colpa nel proprio operato. Un'ulteriore sentenza (CC CV 2428/1990) ribadiva che in caso d'imprudenza e di negligenza, il sanitario è colpevole anche in caso di colpa lieve, ma in casi di particolare complessità ove si proceda per imperizia egli è colpevole solo in caso di colpa grave. Ulteriori elementi da considerare sono la dimostrazione di un nesso di causalità diretta o, nel caso in cui ciò non sia possibile, in via indiretta l'applicazione di un nesso di probabilità statisticamente definito.

La Legge Gelli Bianco ha poi introdotto una nuova variabile "semplificativa" quella della responsabilità contrattuale che identifica nel contraente sia esso ente o professionista [nel caso di attività privata diretta] il terminale di una potenziale azione legale civile. Nello stesso tempo non ha potuto o voluto escludere dall'azione legale il sanitario ove l'attore ne sostenga il ruolo criminale, con tutto ciò che consegue. Così il sanitario spesso, e comunque con frequenza superiore a quanto ragionevole, si trova impegnato sia in sede civile che penale, dovendo rispondere per colpa grave ove non abbia esercitato la sua azione in ottemperanza delle Linee Guida delle Società Scientifiche, recepite dall'Istituto Superiore di Sanità. Si tratta di un

elemento cardine della Legge, sostanzialmente disatteso a distanza di cinque anni dalla sua promulgazione. Inoltre, la configurazione del danno non rispetto alla condizione di malattia di presentazione per quanto emendabile ma alla condizione di salute giudicata come potenzialmente recuperabile nella sua interezza inserisce un elemento fortemente penalizzante il sistema di cura. Allo stesso tempo l'assenza di un sistema d'indennizzo per i casi che non considerassero come presumibile la colpa del medico incoraggia un pregiudizio di colpevolezza. È interessante notare che in Francia da circa un ventennio accanto al sistema d'accertamento giudiziario della responsabilità ancorata alla colpa è stato introdotto un sistema d'indennizzo non basato sulla colpa e ricondotto nell'alveo di un'iniziativa di tutela sociale. Il sistema è attivo però solo per uno stato d'invalidità permanente superiore al 25%: si tratta di un criterio che contempera i diritti del singolo e gli oneri per la società cui dovremmo dedicare maggiore considerazione. Anche se non disponiamo di dati diretti relativi ai costi generali del contenzioso, rimane il fatto che l'onere della medicina difensiva che esso innesca impegna risorse per almeno 10 miliardi, e che il costo di un risarcimento è mediamente di 45.000 euro per sinistro (35.000 in sede civile e 50.000 in sede penale), con un numero di sinistri chiusi con condanna (prevalentemente civili) di circa il 50% rispetto ai 35.000-50.000 che vengono conteggiati, e quindi impegnando un valore di circa 800 milioni- 1 miliardo e 100 milioni di euro. A ciò bisogna aggiungere le spese processuali che sono valutate a 40.000 euro a sinistro. Così per liquidare gli indennizzi in ragione di circa 1 miliardo si spende per le spese legali una cifra addirittura superiore: 1,4 miliardi. È un'evidente assurdità, il contenzioso medico legale sottrae al SSN un'ingente quantità di risorse, contribuendo nella sua forma attuale a minarne la sostenibilità. Una riforma del sistema è urgente e improcrastinabile.

Riferimenti

1. Legge 8 marzo 2017, n. 24 - Gazzetta Ufficiale

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità www.gazzettaufficiale.it › eli › 2017/03/17

2. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (12G0212) (GU Serie Generale n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201)

3. C. Altomare, E.Gruden. La responsabilità medico legale in Francia.
www.Ridare.it/articoli

I D.R.G.: UN PROBLEMA IRRISOLTO O INSOLUBILE?

Marco Piemonte

Otorinolaringoiatra, Udine

Past President del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)

Già Presidente Società Italiana ORL e Chirurgia Cervico-Facciale (SIO eChC-F)

Il Sistema DRG rappresenta ancor'oggi un problema non solo economico-gestionale, ma anche clinico e assistenziale di rilevante e non sempre univoca applicazione in Sanità Pubblica e Privata.

La discussione delle sue problematiche non può prescindere da una sintetica presentazione dei principi fondativi del Sistema stesso e della loro evoluzione nel tempo.

I DRG fanno riferimento a un sistema di remunerazione basato su tariffe, che descrive la complessità e l'impegno economico, organizzativo, clinico e assistenziale di tipo specialistico, ospedaliero ed extraospedaliero, in regime di ricovero ordinario, di Day Surgery e ambulatoriale.

Nasce dall'esigenza, attraverso una uniformizzazione e una raccolta programmata di dati sanitari, di poter:

- definire una misura del prodotto ospedaliero;
- valutare l'efficienza operativa all'interno dell'ospedale;
- combinare le istanze ed i punti di vista dei clinici e degli amministratori.

Si prefigge i seguenti obiettivi:

- descrivere la complessità delle prestazioni assistenziali dell'ospedale in relazione all'ampia casistica dei pazienti trattati
- correlare le attività svolte con i costi sostenuti per produrle
- confrontare i diversi percorsi assistenziali adottati
- Impostare una adeguata programmazione delle attività assistenziali ed un opportuno controllo delle stesse
- finanziare le prestazioni ospedaliere.

Si sottolinea fin d'ora che l'obiettivo economico di finanziamento è programmaticamente l'ultimo (e non il primo e principale) tra gli obiettivi del Sistema.

Il Sistema DRG è entrato in vigore in ambito nazionale a partire dal 1996 e riconosce alla sua base un duplice sistema di acquisizione dati:

- **il sistema classificativo delle malattie e dei traumatismi ICD9**
- **la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)**

La classificazione ICD9 è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

La Classificazione ICD9 nella traduzione italiana ("Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte", nona revisione, 1975, Col. Metodi e Norme, serie C, n.10, Voll.1-2), è stata utilizzata, ai sensi del Decreto del Ministero della sanità 26 luglio 1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO). La classificazione vigente è riportata nel Manuale ICD9-CM, rappresenta la traduzione italiana della versione 2007 della classificazione ICD9-CM e contiene oltre undicimila codici finali di diagnosi e oltre tremila codici finali di procedure.

La Scheda di dimissione Ospedaliera (SDO), parte integrante della Cartella Clinica di ricovero, è lo strumento tecnico-informatico essenziale per la raccolta dei dati anagrafici generali e clinici del paziente (sesso, età, patologia principale, co-morbidità, procedure diagnostico-terapeutico-riabilitative eseguite, insieme ad altri dati di rilevanza statistica per il Servizio Sanitario Nazionale-SSN e per il Servizio Sanitario Regionale-SSR).

Le molteplici applicazioni gestionali della SDO consentono:

- **di valutare l'organizzazione e la gestione ospedaliera**
- **di individuare situazioni più rilevanti a cui dare priorità di miglioramento**
- **di individuare aree di forza e di debolezza per rafforzare l'integrazione e il coordinamento tra reparti e servizi di diagnosi e cura**
- **di precisare gli scopi di finanziamento**
- **di costruire il budget**
- **di affinare valutazioni di qualità su tasso di mortalità, infezioni nosocomiali e utilizzo appropriato delle risorse**

A tal fine il Sistema DRG/SDO può contare su numerosi indicatori acquisiti dal Sistema stesso, tra cui:

- **indicatori per la valutazione generale dell'attività di ricovero**

- indicatori per l'identificazione di possibili comportamenti opportunistici
- indicatori per la valutazione di appropriatezza generica
- indicatori per la valutazione di appropriatezza clinica
- indicatori per la valutazione di efficacia
- indicatori per la valutazione di efficienza operativa
- indicatori per la valutazione delle caratteristiche dell'utenza

Purtroppo, nel corso degli anni (ormai il Sistema è entrato a regime applicativo nazionale già da un quarto di secolo!), il Sistema DRG/SDO ha presentato via via molteplici cause di criticità, in particolare per il mondo chirurgico (che maggiormente risente dell'incidenza dei fattori "tecnologie" e "modalità assistenziali"), e in particolare meritano specifica citazione le seguenti:

1. Distorta interpretazione del concetto di DRG
2. Migrazione sanitaria
3. *Regionalizzazione* dell'organizzazione sanitaria
4. Contrasto tra linee guida Scientifiche e Organizzative
5. Modalità assistenziali (Ric. Ordinario, DS, BIC, Ambulatoriale)
6. Evoluzione tecnica della chirurgia
 - a. Classificazione ICD9-CM obsoleta
 - b. Valutazione clinica dei DRG
 - c. Valutazione economica dei DRG

Esaminiamo queste criticità in modo più approfondito, sia pure sinteticamente:

1. Distorta interpretazione del concetto di DRG

Il DRG è nato come indice per consentire una corretta valutazione di prodotto e di efficienza assistenziale. In un secondo tempo è tuttavia prevalsa l'interpretazione del DRG come semplice tariffazione della prestazione a scopo di finanziamento e remunerazione della stessa. Da questa interpretazione, il passo verso una concezione utilitaristica del DRG come parametro di valutazione della mera "utilità (o redditività) economica" della prestazione (pari al rapporto costo/remunerazione) è risultato molto breve e ha trovato preminente attenzione sia in ambito Pubblico, sia – soprattutto – in ambito Privato.

2. Migrazione sanitaria

La “Migrazione Sanitaria” rappresenta una delle conseguenze più negative del processo di evoluzione concettuale dei DRG sopra descritto e si correla direttamente con scelte assistenziali improprie assunte sulla sola base economica di redditività.

3. Regionalizzazione dell'organizzazione sanitaria

A seguito del processo di regionalizzazione del sistema sanitario si è assistito nei fatti alla costituzione di ventuno sistemi di remunerazione molto diversi, ciascuno afferente alle disposizioni legislative e normative dei singoli S.S.R., ma ugualmente vigenti contemporaneamente sul territorio italiano.

In considerazione del fatto che in alcuni casi le tariffe regionali divergono tra loro in maniera rilevante per i medesimi DRG, è facilmente comprensibile come ciò si correli e si interfacci in modo importante sul fenomeno della migrazione sanitaria e, di conseguenza, sulla difficoltà di imporre Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) univoci su tutto il territorio nazionale.

4. Contrasto tra linee guida Scientifiche e Organizzative

Un ulteriore problema che si è verificato nel rapporto tra funzioni organizzative/gestionali a livello S.S.R. e linea clinico-assistenziale è rappresentato dal non infrequente contrasto tra le indicazioni normative in ambito amministrativo-gestionale e le Linee Guida delle Società Scientifiche di riferimento, in particolare per quanto riguarda le modalità assistenziali per le singole procedure (che risultano difformi e ben diverse da Regione a Regione, con grave impatto per il Clinico (“in primis” per il Chirurgo di ogni specialità) in ambito medico-legale (civile e penale), amministrativo e assicurativo.

Per citare un solo esempio in ambito della specialità ORL, il diffuso intervento di “Tonsillectomia e/o Adenoidectomia” (rispondente ai DRG 59 e 60 in base all'età del paziente, minore o maggiore di 18 anni) viene prescritto

- dalle linee guida nazionali e internazionali delle principali Società Scientifiche ORL come da eseguirsi in regime di Day Surgery con pernottamento (detto anche One-Day Surgery o Ricovero Ordinario breve di 24-48 ore), in considerazione dei rischi correlati all'intervento soprattutto in soggetti di giovanissima età e in soggetti con sindrome ostruttiva delle prime vie aeree (in particolare soggetti con OSAS – Obstructive Sleep Apnoea Syndrome)

- dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, condivise in parte con diverse Società Scientifiche di riferimento, come eseguibile in Day Surgery e solo in particolari casi in Day Surgery con pernottamento
- dalle normative organizzativo-gestionali di alcune Regioni, solo in parte successivamente corrette e/o modificate, come da eseguirsi principalmente in Chirurgia Ambulatoriale, nel contesto degli interventi chirurgici a Bassa Intensità assistenziale – BIC.

Appare evidente che in una situazione di così aperto contrasto di indicazioni, in particolare in considerazione della non indifferente incidenza di complicazioni dell'intervento (l'emorragia post-intervento è certamente la complicanza più comune - 1-2% dei casi - ma si deve sottolineare anche - come da dati di letteratura riferiti a tutti i Paesi più evoluti dal punto di vista sanitario – il rischio di morte post-tonsillectomia in 1 caso ogni 10.000-20.000 interventi), il Chirurgo si trova a dover affrontare il seguente dilemma:

- qualora rispetti le modalità assistenziali minime indicate dalle Regioni, rischio di procedimento medico-legale e giudiziario (in caso di complicanza) per inosservanza delle Linee Guida Scientifiche
- qualora rispetti le Linee Guida Scientifiche, rischio di procedimento amministrativo per improprio utilizzo delle risorse e delle modalità di ricovero.

Questo esempio ben descrive le delicate problematiche interpretative ed applicative legate a indicazioni assistenziali e organizzative non solo non univoche, ma talora apertamente contrastanti tra loro.

5. Modalità assistenziali

Il problema delle differenti modalità assistenziali per le medesime procedure chirurgiche e diagnostiche (Ricovero Ordinario, Ricovero Day Surgery, Prestazione ambulatoriale), sulla base di indicazioni organizzativo-gestionali e Scientifiche discordanti e spesso non aggiornate alle realtà medico-chirurgiche attuali, è certamente evidente a chiunque operi nel settore sanitario e l'esempio ora citato nel precedente paragrafo ne è indiscutibile dimostrazione.

6. Evoluzione tecnica della chirurgia

La chirurgia presenta oggi evoluzioni cliniche e tecniche/tecnologiche quasi quotidiane cui corrisponde un mancato riconoscimento, non solo economico ma prima di tutto identificativo, di patologie di più recente definizione, di molte tecniche chirurgiche innovative (tra cui quelle che prevedono approcci

di nuova concezione o interventi con equipaggiamenti complessi multidisciplinari) e le numerose tecniche chirurgiche che prevedono l'utilizzo di particolari strumenti e tecnologie di nuova introduzione e di largo impiego (laserchirurgia, chirurgia robotica, chirurgia endoscopica, microchirurgia, ecc.)

I codici ICD9-CM relativi a queste pratiche terapeutiche, soprattutto chirurgiche, sono spesso inesistenti, obsoleti o comunque inadeguati alle esigenze descrittive sia cliniche, sia gestionali, sia economiche.

Pertanto, indicazioni diagnostiche e terapeutiche, approcci chirurgici, risultati terapeutici e assistenziali e costi sono cambiati e continueranno a cambiare di conseguenza con altrettanta rapidità.

Quali provvedimenti possono (e dovranno) essere adottati per compensare queste problematiche:

- un adeguamento più approfondito e tempestivo dei DRG ?
- il riconoscimento di fondi specifici di remunerazione/rimborso delle nuove tecnologie?
- La redistribuzione intra- e interregionale di fondi «ad hoc» ?

A fronte di tutte le problematiche ora elencate, che rappresentano motivi indiscussi di inadeguatezza e vetustà del Sistema DRG oggi vigente, le Istituzioni si sono attivate da tempo per aggiornare il Sistema DRG e il sistema classificativo ICD9-CM a nuovi e più moderni standard che rispondano alle esigenze della Medicina e della Chirurgia d'oggi.

In particolare, in questo ambito si sono attivati il Ministero della Salute e AgeNaS.

Il Ministero della Salute ha avviato nel 2011 il Progetto It.DRG, finalizzato a un nuovo sistema di classificazione e valorizzazione dei ricoveri ospedalieri. Il Progetto ha coinvolto in diversi Gruppi di Lavoro il Ministero, l'Istituto Superiore di Sanità e specialisti ed esperti di tre Regioni (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna), che hanno formulato infine un importante e ponderoso Rapporto "Progetto It.DRG: stato dell'arte" (Rapporto ISTISAN 18/12), articolato nei seguenti capitoli:

- Progetto It.DRG: aspetti normativi e definatori
- Classificazione delle Malattie: modifica italiana di ICD-10
- Interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche
- Classificazione dei Ricoveri per acuti sec. It.DRG (ex CMS-DRG v.24)
- Definizione dei costi dei ricoveri ospedalieri per acuti (modello it.Cost)
- Implementazione futura, gestione e manutenzione degli It.DRG.

Nel 2020/21 lo stesso Ministero della Salute ha avviato una riflessione sui DRG particolarmente critici nell'ambito di alcune specialità mediche e chirurgiche e in particolare di:

- **Cardiologia e CCH**
- **ORL e Chirurgia Cervico-Facciale**
- **Ortopedia e Traumatologia**
- **Ostetricia e Ginecologia**
- **Radiologia diagnostica, interventistica e Medicina Nucleare**

L'aspetto innovativo di questo lavoro di riflessione sui DRG è rappresentato dal coinvolgimento attivo delle Società Scientifiche di riferimento, che fino ad ora non erano mai state consultate in modo organico e costruttivo.

Il documento conclusivo di questo lavoro di riflessione del Ministero della Salute e delle Società Scientifiche non risulta essere stato finora pubblicato e reso disponibile agli interessati.

Nel 2021 l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) è stata delegata dal Ministero della Salute a rivedere i DRG e i codici ICD9-CM al fine di aggiornare le codifiche di procedure e interventi (CIPI).

In questo ambito, nell'ambito di un importante lavoro di revisione e aggiornamento dei codici CIPI, AgeNaS ha stretto anche contatti con il Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC) e - per suo tramite - con numerose Società Scientifiche a fini di collaborazione attiva.

Successivamente ha formulato sul suo sito web un modulo di proposta motivata di correzione/integrazione dei codici ICD9-CM (già riveduti e corretti da AgeNaS) e aperto a tutte le proposte utili da parte di Società e di Specialisti del settore.

Le proposte inviate tra dicembre 2021 e gennaio 2022 sono state sottoposte a valutazione e implementazione dei CIPI proposti e si è ora in attesa da parte di AgeNaS dei prossimi sviluppi del processo di revisione DRG, che dovrebbe prevedere anche il confronto diretto con le Società Scientifiche.

A conclusione di questa revisione dei fondamenti e dell'evoluzione certamente travagliata del Sistema DRG, giova infine riassumere le criticità oggi più evidenti a carico del Sistema stesso:

- **ritardo nell'aggiornamento DRG (l'ultima revisione risale ormai al 2009, e cioè a 13 anni fa!)**
- **codifiche ICD9-CM del tutto inadeguate e obsolete (nuove patologie, nuove tecnologie, nuovi interventi, interventi complessi, ecc.)**
- **penalizzazione «tecnica» e quindi economica delle prestazioni non adeguatamente rappresentate**
- **Nomenclatore Tariffario non aggiornato, incompleto ed economicamente non adeguato a coprire i costi reali (in particolare nella considerazione del**

Nomenclatore anche come interfaccia tra modalità assistenziali di diverso tipo)

- regionalizzazione dell'assistenza sanitaria con ampie difformità e variazioni di classificazione e normativa tra i ventuno S.S.R.
- difetti/difformità di monitoraggio delle prestazioni sanitarie, in particolare nel confronto tra diverse Regioni

Da queste criticità discende comunque la necessità prioritaria di ripristinare i DRG come mezzo di programmazione sanitaria e di non limitarne l'uso alla valutazione economica delle prestazioni.

In termini, peraltro, di economia sanitaria del nostro SSN, che rappresenta certamente un punto cardine per l'efficienza, l'efficacia e la sostenibilità di tutto il Sistema, si deve altresì ricordare che :

- il DRG è un sistema «isorisorse» in cui non è prevista la valutazione di gravità o complessità della patologia trattata, dell'impegno diagnostico, della complessità chirurgica
- diventa oggi necessario ricorrere a strumenti di «Clinical Costing» riconosciuti a livello internazionale per definire il «Costo Standard del DRG», che esprime l'effettivo consumo di risorse per realizzare un determinato «output»
- Il «Costo Standard» deve essere analitico e non generico e deve riguardare tutto il pacchetto di costi di un singolo percorso sanitario (macroattività, microattività, risorse umane, risorse strumentali, farmaci, ecc.)

In altri termini si è già sviluppata all'estero (Gran Bretagna "in primis" all'interno del suo National Health System) la tendenza a superare i DRG con gli «HEALTHCARE RESOURCE GROUP-HRG», che rappresentano un'evoluzione più articolata e completa dal punto di vista della descrizione prestazionale in termini di "risultato salute" rispetto agli attuali DRG.

Conclusioni

Le conclusioni che possono essere tratte dalle già menzionate considerazioni sono le seguenti:

- La revisione dei sistemi di classificazione a fini di DRG e ICD deve comprendere necessariamente anche processi di "manutenzione" complessiva del sistema che stabiliscano i meccanismi ed i tempi con cui lo Stato e le singole Regioni adattano i sistemi di finanziamento ai cambiamenti nei profili di attività (e costo) dell'assistenza.

- L'assenza di politiche coerenti (anche tariffarie), univoche a livello nazionale, riguardanti il complesso dei livelli assistenziali rischia di generare effetti distorsivi.
- Il Collegio Italiano dei Chirurghi e le Società Scientifiche (chirurgiche «in primis», ma non solo) devono essere coinvolti in questi processi di revisione e miglioramento, soprattutto perché le discipline chirurgiche sono quelle maggiormente interessate da queste problematiche sotto tutti i punti di vista: clinico, tecnologico, organizzativo e medico-legale!
- Si deve prendere atto che il Sistema DRG attuale non è più adeguato e rispondente alla realtà e alle esigenze del SSN e dei SSR, non solo per il mancato aggiornamento delle classificazioni e delle tariffe, ma anche per l'aggiornamento dei criteri organizzativi e gestionali in Sanità (HTA in primo luogo)
- Un più completo ed estensivo sistema di monitoraggio delle prestazioni sanitarie e del «Clinical Costing» è ritenuto indispensabile per la proficua gestione del Sistema DRG d'oggi
- Il futuro e il successo del Sistema DRG dovranno sempre più dipendere dalla formulazione di corretti e sostenibili «Costi Standard», a tutela del cittadino/paziente e della sicurezza economica della Sanità.

Pertanto, alla domanda iniziale che chiedeva se il Sistema DRG fosse un problema irrisolto o insolubile sembra corretto rispondere :

- Problema irrisolto: sicuramente sì
- Problema insolubile: certamente no, ma altrettanto certamente la sua risoluzione necessita di:
 - molta fiducia da parte di management a tutti i livelli (macro, meso, micro) e operatori
 - molto lavoro, con la collaborazione e il coinvolgimento di tutte le parti interessate (compreso le Società Scientifiche)
 - un più costante e puntuale aggiornamento non solo di classificazioni e tariffe, ma anche di filosofie e concezioni applicative

La Sanità del futuro e i DRG che verranno

La Classificazione ICD delle forme morbose proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è uno strumento d'indagine epidemiologica con un notevole campo di applicazione ed è stata la premessa per lo sviluppo e l'aggiornamento del "Disease Related Grouping" proposto negli Stati Uniti come modello di riferimento per la definizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie e adottato da molti paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia. Il DRG è indubbiamente uno strumento di calcolo imperfetto, ma superiore all'improponibile calcolo analitico dei costi e anche al sistema di rimborso a diaria giornaliera legato alla durata del ricovero. Nel complesso l'adozione del DRG è stata utile a temperare il costo delle prestazioni sanitarie uniformandolo, con i necessari meccanismi di correzione, ad un valore medio applicabile in chirurgia ad interventi con caratteristiche simili in modo da garantire l'equilibrio economico complessivo del sistema. È però inevitabile che in un simile, complesso, meccanismo di gestione si inseriscano elementi opportunistici che devono essere dominati da un intervento di contrasto basato sia su elementi normativi che ispettivi, che preludono a un continuo e più corretto aggiornamento tariffario.

Al suo esordio in Italia, l'adozione dei DRG dimostrò l'esistenza specie in campo chirurgico di molti elementi distorsivi che furono poi progressivamente risolti (ad esempio, il rimborso per una safenectomia era pari quasi a quello erogato per il trattamento di un tumore del retto). Paradossalmente, ciò che il sistema non ha saputo includere nel perimetro di una corretta applicazione dei DRG è stato il progresso della chirurgia. Negli anni 70-80 è stata introdotta la pratica della peritonectomia con chemioterapia ipertermica nel trattamento dei tumori maligni mesoteliali o anche secondari, con interventi di lunga durata [anche 10-12 ore] e con altissimo impegno tecnologico. Il valore riconosciuto era ed è quello di un intervento semplice attribuito al DRG d'organo relativo alla gerarchia di valore intrinseco, anche se si tratta di una chirurgia multiorgano e spesso con l'associazione di più interventi. È chiaro che questo sistema tariffario è disincentivante, perché il valore della remunerazione è drammaticamente inferiore all'impegno delle risorse richieste dall'intervento, che può essere eseguito solo con un netto passivo che andrà a ricadere sul bilancio dell'Ente erogatore: l'effetto è di scoraggiare il ricorso a questo tipo di cura.

Moltissimi altri esempi potrebbero essere indicati negli altri settori delle chirurgie specialistiche, a partire dalla chirurgia robotica che, ormai ampiamente diffusa nel nostro paese (anche se con una programmazione a macchia di leopardo), non ha un'attenzione tariffaria (con la parziale eccezione della prostatectomia per cancro) che ne diffonda l'uso in modo corretto ed efficace. Si tratta di una chiara indicazione dei progressi tecnologici raggiunti nel campo dei dispositivi medici, che consentono interventi dotati di caratteristiche di mini o anche micro-invasività e ampliano a dismisura i vantaggi per i pazienti, soprattutto per quelli più fragili ed esposti agli effetti dello stress chirurgico. Gli interventi di tipo endocavitario-viscerale, oggi possibili per forme neoplastiche di iniziale limitata invasività, richiedono una tecnologia di supporto ed un expertise particolari con la necessità di un adeguamento tariffario continuo e costoso, al momento non supportato.

Un altro pilastro del progresso chirurgico è rappresentato dall'evoluzione e dall'aggiornamento dei materiali protesici che consente spesso una chirurgia sostitutiva di altissimo valore terapeutico. Il vantaggio è ancora una volta la riduzione dello stress chirurgico, l'applicabilità anche in condizioni di estrema compromissione funzionale, i risultati di alto livello e di durata consolidata: ma anche in questo caso, i costi si elevano e senza un adeguato livello di riconoscimento e di finanziamento non è possibile sostenere validamente la domanda.

Il Sistema di classificazione ICD-9 è del 1975, il suo aggiornamento è del 2007. In Italia, il tariffario dei DRG è ancora basato su questi presupposti e non è più stato aggiornato dal 2013. Il mondo moderno, nel frattempo, è andato avanti ed è arrivato alla versione 11° dell'ICD includendo i cambiamenti epidemiologici che si sono fatti avanti, premessa di una reale descrizione della domanda assistenziale e della definizione delle risorse da dedicare in una situazione d'equilibrio complessivo: questo è un elemento di aggiornamento indispensabile alla chirurgia. Come è possibile che la programmazione sanitaria consideri per un intervento eseguito "in open" cioè con una tecnologia ottocentesca (per intenderci: spesso obsoleta), con tecnica laparoscopica (o in campi diversi dalla chirurgia addominale: mininvasiva), o addirittura robotica il medesimo costo e la stessa remunerazione? O per rimanere nel campo degli interventi che abbiamo esaminato, che interventi complessi (multiorgano), o con l'utilizzo di tecnologie ad alto costo o con protesi abbiano la stessa corresponsione di interventi brevi e di grande semplicità?

Vi è ragionevolmente da chiedersi perché un tale ritardo nel nostro paese: mancato progresso culturale, scarsa capacità di programmazione sanitaria o

inerzia politica-amministrativa? È lecito ritenere che ognuna di queste componenti sia stata presente con un risultato purtroppo non sufficientemente contrastato dalle associazioni professionali e dalla Società Scientifiche. Oggi dobbiamo constatare un ritardo nell'aggiornamento delle pratiche cliniche e delle dotazioni tecnologiche che causa una grave diseguaglianza assistenziale nel nostro paese. Rimane da chiarire il "primum movens" di questo deterioramento del Servizio Sanitario Nazionale che noi identifichiamo nello scarso riconoscimento sociale del valore della salute e nella necessità di un più forte ingaggio politico a sua difesa.

Riferimenti

- Arcangeli A, Banchelli F, Bertinato L et al: Progetto It.DRG: stato dell'arte. – Rapporti ISTISAN 18/12, 2018 – www.iss.it
- Muir Gray JA, Ricciardi W: Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie; 2008. (Collana SIMM n. 1)
- Sheaff R, Morando V, Chambers N et al: Managerial workarounds in three European DRG systems. – J. Health Organ Manag 34, 3, 2020 – 295-311. DOI 10.1108/JHOM-10-2019-0295
- Ministero della Salute: Manuale ICD) CM , Versione Italiana 2007. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1278&area=ricoveriOspedali&menu=classificazione
- Ministero della Salute: Principali caratteristiche Diagnosis Related Group(DRG), Aggiornamento 2020 https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1349&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA. RETI ED ECCELLENZA

La struttura dell'assistenza sanitaria in Italia, intesa come disposizione di ospedali, case di cura e presidi, è stata realizzata nel corso di secoli su base spontaneistica, per iniziativa di enti e associazioni facenti capo a comunità, piccole e grandi, sensibili al tema della salute. Ciò ha comportato una disposizione territoriale disomogenea che il Servizio Sanitario Nazionale ha ereditato e poi parzialmente e con difficoltà modificato sulla base della spinta demografica, del progressivo mutare dell'epidemiologia e delle risorse economiche necessarie a sostenere le risorse di cura. La possibilità, inoltre, di una mobilità efficace all'interno del sistema è stato poi un fattore critico, raggiunto solo dopo gli anni 70-80, nel riposizionamento e nell'integrazione funzionale delle diverse strutture assistenziali. La moderna medicina, e ancora di più la moderna chirurgia, richiede il ricorso a mezzi di diagnosi e di cura complessi, sostenibili solo se utilizzati intensivamente a favore di un'ampia popolazione. Il ridimensionamento di una rete assistenziale nel suo insieme dispersa e con mezzi a basso contenuto tecnologico, si è resa necessaria in ragione dell'obbligo di ridurre gli sprechi e garantirne la sostenibilità, utilizzando cure migliori, che riducono i tempi della guarigione e consentono un più rapido recupero dell'interazione sociale e della capacità lavorativa con un vantaggio economico netto. Questo processo, però, richiede che venga garantita alla popolazione una risposta adeguata sia per malattie diffuse e di basso livello nell'organizzazione delle cure sia per malattie più rare, ma tali da richiedere per la cura tecnologie avanzate e integrazione elevata delle competenze assistenziali. Da ciò la necessità di organizzare una rete territoriale che in relazione alla consistenza demografica e alle esigenze epidemiologiche della popolazione dia un'adeguata risposta di cura.

Nel nostro paese, la medicina territoriale si articola in una rete diffusa di studi o micropresidi, condotti da uno o più medici di medicina generale in un rapporto numerico medio di uno ogni 1.500 abitanti, non in tutti distretti sufficiente a coprire le esigenze della popolazione. Molto modesta è, invece, la presenza di presidi ampi, che ora il PNRR, mutuandone i modelli da realtà assistenziali di altra tradizione, vorrebbe correggere con la creazione di case e ospedali di comunità, vere e proprie strutture intermedie per la gestione compiuta della cronicità. L'obiezione è che i fondi sono disponibili per

l'edilizia, e non è pronto il personale medico (scarsamente richiesto, ma indispensabile), sanitario e infermieristico che sarà chiamato alla gestione. L'approntamento operativo delle strutture necessita di attrezzature e forza uomo, di cui al momento non si vede traccia e che assorbiranno totalmente i fondi che via via si prevede siano disponibili.

Il trattamento dei malati acuti o riacutizzati cadrà inevitabilmente sulle strutture ospedaliere che hanno dimostrato di essere preda di una crisi strutturale (ospedali e posti letto), d'organico (medici e infermieri) e organizzativa durante la pandemia COVID. Il DM 70 del 2015 ha classificato le strutture ospedaliere in 3 livelli, definendone il modello per la presenza di reparti di più specializzazioni e servizi di urgenza-emergenza, secondo una gerarchia crescente al servizio di comunità sempre più ampie. Nulla è stato, però, detto circa gli aspetti funzionali e l'integrazione territoriale. Così può accadere che sia preso d'assalto un Pronto Soccorso, connesso con altre strutture assistenziali che non vengono utilizzate, o che non si trovi possibilità di ricovero in un territorio anche se altri presidi nella zona sono maggiormente impegnati in ricoveri d'elezione che potrebbero essere utilmente rimandati. Non è raro neppure riscontrare che, in presenza di capacità cliniche elevate ma in difetto di tecnologia, strutture di base o di primo livello si cimentino con interventi di alta complessità con risultati insufficienti. A questa inadeguatezza di sistema si è cercato di porre rimedio organizzando più presidi in una rete o meglio in una micro-rete che inevitabilmente risponde più a criteri amministrativi che assistenziali. L'ovvio richiamo è ad una struttura complessiva che risponda a un criterio "Hub & Spoke", in cui si associano con funzioni diverse competenze e tecnologie di base e di alta specializzazione. Quando vengono aggregate strutture di pari dignità tecnologica e assistenziale, questo modello è destinato di massima a condurre ad un depotenziamento assistenziale, di cui è prova la riduzione dei volumi chirurgici nel nostro paese.

Il modello H&S è altamente rispondente all'esigenze dell'emergenza-urgenza (che è alla base della classificazione degli ospedali del DM 70), ma non necessariamente a quelle di altre richieste assistenziali. Così accanto alle reti tempo-dipendenti si è sentita la necessità di immettere anche reti di patologia. Il riferimento alla "rete oncologica" è d'obbligo, essendo la patologia tumorale ampiamente (anche se non in modo omogeneo) diffusa nel nostro paese. In questo caso, dovendosi trattare patologie in cui sono in gioco le competenze di più discipline, non sempre il modello H&S risulta adeguato ed è possibile che un modello a nodi, ove in relazione alla patologia è possibile che una medesima struttura funga di volta in volta da Hub o da Spoke, può essere più efficiente. Si pensi banalmente alla necessità

di trattamenti radioterapici, per i quali le strutture a disposizione così inegualmente distribuite nel nostro paese impongono un accesso da più centri terzi divenendo necessariamente nodi piuttosto che Hub. Il caso limite è poi quello dell'adroterapia, dedicata ad alcuni tumori con caratteristiche biologiche e topografiche particolari e di rara osservazione, per la quale esiste in Italia un solo Centro (a Pavia) che diviene così un nodo dell'intera rete oncologica italiana. Ci troviamo di fronte al problema dell'alta specializzazione che non corrisponde se non per accidentale sovrapposizione a quello dell'eccellenza. Nel nostro paese a partire dal 1992 (DM 29 gennaio) sono state individuate le "alte specialità" (e fra queste è compresa la radioterapia), sono stati definiti le dotazioni e i parametri che ne rendono possibile il riconoscimento ed anche le caratteristiche di funzionamento e d'integrazione nel contesto assistenziale, ma gli indicatori di attività sono stati definiti nella sola dimensione quantitativa (valori soglia dei pazienti trattati per singola prestazione che valgono come criterio proxy di qualità). Così si è definito il concetto di alta specializzazione ma non di eccellenza, ove non basta l'assioma del rapporto volume/esiti, perché questi ultimi devono essere definiti in termini di validità di risultato. Solo in questo modo è possibile fornire agli utenti una chiave di lettura attendibile per la scelta della struttura in cui farsi curare. Una consultazione dei dati del PNE-AGENAS anche solo relativamente ai parametri per le singole attività della chirurgia oncologica d'organo, a distanza ormai di 8 anni da quando furono stabiliti, registra volumi inadeguati per oltre il 90% delle strutture che trattano neoplasie del fegato e del pancreas a dimostrazione che non vi è stata una valida politica di concentrazione della casistica in una prospettiva top-down, ne è stata data informazione adeguata agli utenti in modo che potessero scegliere " dal basso" e con validi criteri la struttura in cui operarsi. Crediamo che senza un intervento operativo chiaro non si potranno ottenere risultati concreti: per uscire da una logica di autoreferenzialità è necessario rendere pubblici e fruibili gli indicatori di risultato che AGENAS raccoglie analiticamente. In realtà il portale della trasparenza di AGENAS rende pubblici molti indicatori che fanno riferimento alle attività cliniche recensite delle singole strutture di cura, ma i parametri di confronto non sono di facile interpretazione e richiedono una lettura tecnica al di là della portata della comprensione dei più. Nel contesto attuale, in cui lo spostamento da zone periferiche ad aree metropolitane e poi all'interno di quest'ultime è relativamente agevole, questo tipo d'informazioni sarebbe estremamente utile a ridisegnare la mappa delle strutture sulla base di un parametro assolutamente sicuro: la scelta degli utenti motivata dai risultati verificabili.

All'estremo opposto dobbiamo considerare il caso di patologie a bassa complessità di trattamento ma di alta distribuzione epidemiologica; creare una risposta assistenziale basata sul modello H&S sembra essere un'estensione ingiustificata, perché l'impatto della componente tecnologica è basso e quello della componente professionale limitato. L'utilizzo multisede, " a scavalco", dei professionisti ha portato a un ridimensionamento dell'ampiezza dei ruoli medici, soprattutto di quelli apicali, di cui oggi ci lamentiamo e che risulta disincentivante nell'arruolamento dei professionisti e penalizzante dei volumi di attività corrisposti (come risulta chiaramente nel primo capitolo di questa miscellanea).

Nelle pagine che seguono troverete due illuminati interventi del Prof. Brausi, sui temi della sussidiarietà e della sub alternatività nell'ambito dei sistemi di rete, e del Dr. Misiti su quello della creazione e dell'accreditamento dei centri d'eccellenza; gli autori presentano proposte concrete, capaci di dare efficienza al sistema assistenziale, in un'epoca di risorse limitate.

Riferimenti

1. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 .Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.<https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

2. DECRETO 29 gennaio 1992. Elenco delle alte specialita' e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità'.(GU Serie Generale n.26 del 01-02-1992)

3. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

4. Programma Nazionale Esiti. 2022. <https://pne.agenas.it>

5. Portale della trasparenza dei servizi per la salute. AGENAS. <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it>

LE RETI OSPEDALIERE IN ITALIA: SUSSIDIARIETA' E SUBALTERNATIVITA'

MAURIZIO BRAUSI

Vicepresidente CIC

PPresident ESOU e SIU

Direttore Scientifico CURE

Modena

Per meglio comprendere il concetto di RETE OSPEDALIERA è utile conoscere quante sono e quali sono le caratteristiche delle strutture. Dai dati ISTAT del 2018 si sono riscontrate 1048 strutture ospedaliere in ITALIA. Di queste 571 pubbliche e 477 private accreditate.

Classificazione delle strutture Ospedaliere

- 1. Presidi ospedalieri di base, con bacino d'utenza compreso tra 75.000 e 150.000 abitanti. Sono strutture dotate di PS con la presenza di un numero limitato di specialità, anestesia con guardia attiva in rete in pronta disponibilità H 24, diagnostica per immagini, laboratori e letti di "osservazione breve intensiva".**
- 2. Presidi di I livello, con bacino d'utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti. Sono strutture con Dipartimento di emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate di queste specialità: medicina interna, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, cardiologia con terapia intensiva cardiologica(U.T.I.C.), neurologia, psichiatria, oncologia, urologia, oculistica, otorinolaringoiatria. Guardia medica H 24. Radiologia per immagini con TAC, ecografia, diagnostica di laboratorio. Servizio di endoscopia e Trasfusionale. La telemedicina dovrebbe essere applicata per le patologie complesse (es. traumi, e patologie cardio-cerebro vascolari) con trasferimento dei pazienti in Ospedali di II livello. Devono essere dotati di posti letto per la terapia semi-intensiva.**
- 3. Presidi di II livello, con bacino d'utenza tra 600.000 e 1.200.000 abitanti . Sono dotati di DEA di II livello. Appartengono a questi presidi le Aziende Ospedaliero-Universitarie, IRCCS e presidi di grandi dimensioni ASL. Tali presidi sono dotati di tutte le caratteristiche degli ospedali di I livello e di specialità più complesse: cardiologia con emodinamica interventistica H 24, neurochirurgia,**

cardiochirurgia, con rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, endoscopia digestiva ad elevata complessità diagnostica e interventistica, radiologia interventistica, medicina nucleare, rianimazione pediatrica. Servizi di diagnostica H 24 (TAC, RM). Centro trasfusionale. Terapie intensive e semintensive.

- 4. Presidi Ospedalieri di Comunità sul territorio: stanno nascendo con lo scopo di alleviare il carico di lavoro degli ospedali di I e II livello. Ciò che dovrebbe essere eseguito in queste strutture varia da regione a regione anche a seconda dei fabbisogni territoriali.**

CONCETTO DI RETE: l'organizzazione regionale e nazionale deve essere caratterizzata da una elevata integrazione dei luoghi di cura, dei servizi e dei professionisti con la finalità di garantire al paziente un accesso alle cure appropriato e tempestivo. L'organizzazione di rete segue il modello HUB e SPOKE.

Il legislatore afferma che : "Tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono obbligate a partecipare alle funzioni di rete, secondo il proprio livello gerarchico di complessità, discipline e servizi attivi . La Direzione della struttura è responsabile dell'effettiva partecipazione dell'ospedale alle funzioni di rete secondo le regole stabilite dalla Regione. Nell'ambito delle strutture di una rete clinica possono essere individuati dalla Regione Centri di Riferimento per patologia di rilevanza regionale nei quali si concentrano le più elevate competenze per attività clinica e di ricerca". Presso tali centri sono indirizzati specifici investimenti strutturali e di personale.

Ogni paziente deve seguire un percorso diagnostico terapeutico all'interno della rete che deve essere riproducibile ed uniforme.

Le reti per patologie tempo dipendenti devono essere caratterizzate dal rigoroso rispetto dei protocolli operativi coordinati dall'HUB e progettati in collaborazione con le strutture della rete. I criteri per la determinazione di una rete sono stati definiti dalle Regioni considerando:

- a. Il bacino d'utenza**
- b. Il livello della rete ed i rispettivi requisiti**
- c. I ruoli degli ospedali e delle strutture territoriali che partecipano alla rete**
- d. Il coordinamento della rete e le modalità organizzative**
- e. L'integrazione della rete con le altre attività ospedaliere e territoriali**
- f. I PDTA regionali e i protocolli operativi di rete**
- g. Il monitoraggio delle attività svolte e i relativi indicatori**

Il centro HUB deve garantire anche un piano delle attività formative, l'analisi delle attività svolte e la proposta di azioni di miglioramento.

Elenco delle RETI

Reti patologie tempo dipendenti

- ° rete emergenza-urgenza
- ° rete cardiologica per l'emergenza
- ° rete ictus
- ° rete traumatologica
- ° rete punti nascita

Reti medicine specialistiche

- ° rete malattie infettive e della risposta ad emergenza epidemica

Reti Oncologiche

- ° Rete oncologica e onco-ematologica
- ° rete dei tumori rari

Rete Pediatrica

Reti delle patologie neuro-degenerative

Rete trapiantologica

Reti dei servizi di diagnosi e cura

- ° rete dei laboratori
- ° rete delle anatomie patologiche
- ° rete trasfusionale

Rete terapia del dolore

Rete malattie rare

Rete riabilitazione e lungodegenza

Per la definizione delle reti sopraelencate le Regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida e delle raccomandazioni contenuti negli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regione sulle rispettive materie e delle indicazioni della UE.

Un esempio di rete per patologia Urologica è quella instaurata dal 2000 al 2018 presso la ASL do Modena dove ho operato personalmente come direttore. Esisteva un centro HUB, Ospedale Estense Modena e successivamente NOCSAE di Baggiovara (MO). I centri SPOKE erano 6, Carpi (ospedale di I livello), Pavullo (Presidio Base con UO chirurgica importante PB), Vignola (PB). Castelfranco Emilia (PB), Mirandola (PB), Finale Emilia (PB). Le attività dei centri SPOKE erano ambulatori specialistici e Sale Operatorie con day hospital, one day or week surgery a seconda delle caratteristiche del centro. I tipi di chirurgia eseguiti: piccola, media e grande chirurgia (quest'ultima solo a Carpi dove esisteva Rianimazione). I 6 centri SPOKE afferivano tutti all'HUB. I casi complessi venivano trasferiti attraverso le prenotazioni computerizzate alle liste d'attesa dell'HUB. A Modena e Carpi erano presenti due reparti urologici di 40 e 36 letti rispettivamente.

Nel centro di Modena erano presenti 10 specialisti più il direttore, quello di Carpi, 7 specialisti con il direttore a scavalco, presente 3 volte alla settimana. Il personale medico comprendeva: 1 direttore (MB), 17 specialisti urologi: 3 responsabili di strutture complesse (SC) e 5 di strutture semplici (SS). 1 Responsabile di SC (Modena-Calcolosi). 1 R SC (Carpi-Endourologia), 1 R SC (Pavullo Chirurgia Oncologica), 1 R SS (Finale E-Mirandola Day Surgery), 1 R SS (Vignola Uro-ginecologia), 1 R SS (Castelfranco E. Day Surgery). Attività Centri SPOKE: uno specialista 1 volta alla settimana si trasferiva nei centri SPOKE per 8 ore lavorative. Mattino: sala operatoria, Pomeriggio Ambulatori con 10-15 prestazioni. In SO veniva eseguita piccola e media chirurgia all'infuori di CARPI e PAVULLO dove era eseguita anche chirurgia complessa (prostatectomia radicale, cistectomia). La diagnostica veniva eseguita in tutti i centri: biopsie prostatiche, cistoscopie diagnostiche e operative (TURBT, TURP), esami urodinamici, esami andrologici (ecocolor doppler penieni, iniezione intracavernosa).

Risultati: aumento del numero di prestazioni ambulatoriali e di interventi chirurgici, selezione della patologia che richiedeva tecnologie particolari e quindi indirizzo del paziente nel centro adeguato, riduzione delle liste operatorie. I Vantaggi dell'attività in rete urologica sono stati:

1. Soddisfazione degli utenti con riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e di day hospital. On day surgery e week surgery.
2. Soddisfazione dei professionisti che dirigono il centro per l'esperienza organizzativa chirurgica e no, soprattutto per i giovani urologi
3. Training importante per gli specialisti ai primi anni che possono eseguire la diagnostica e gli interventi chirurgici.
4. Riduzione dei costi a prestazione: No costi aggiuntivi per il personale: l'Urologo viene remunerato dal centro HUB, gli infermieri sono gli stessi impegnati nel centro SPOKE. No costi aggiuntivi per la tecnologia che si trovano già nel centro e che sono condivise con altri specialisti, Ecografo, materiale endourologico. La risultante è stata la razionalizzazione delle risorse .
Gli svantaggi sono stati:

1. I professionisti devono muoversi dal centro HUB allo SPOKE e talvolta le distanze sono importanti.
2. Necessità di avere dei professionisti esperti che devono operare in sicurezza riducendo al minimo le possibili complicazioni
3. Scarsa volontà di certi professionisti dell'HUB di muoversi per il desiderio di eseguire interventi complessi e partecipare attivamente alla parte scientifica del lavoro (MDT, pubblicazioni).

4. Possibile rischio per i pazienti complicati nei centri dove non esiste degenza

L'INTEGRAZIONE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

In Italia non sempre esiste integrazione tra ospedale pubblico e privato. Nella provincia di Modena e Reggio E. dove vivo e lavoro ho notato che gli ospedali accreditati si integrano con le strutture pubbliche (Es Hesperia Hospital di Modena, Ospedale di Sassuolo con ASL, Salus Hospital e Villa Verde di RE con ASL corrispondente). Le prestazioni richieste dalle ASL sono: visite ambulatoriali, diagnostica endoscopica e biopsie prostatiche, interventi di piccola e media chirurgia che non sono evase dalle ASL stesse. Inoltre, durante il periodo COVID-19 si è registrata anche una integrazione pubblico-privato per le prestazioni chirurgiche oncologiche (es : Ca mammella, ca colon-retto e ca prostata) con i professionisti del pubblico che operavano nelle strutture private. Quindi alla domanda se le Reti Ospedaliere funzionano possiamo rispondere dicendo: NON sempre, non tutte le reti e non in tutte le regioni. Esistono carenze importanti , una su tutte la carenza di personale medico e paramedico: si pensi solo al settore Emergenza-Urgenza, ai Pronto Soccorsi dove la situazione è al collasso. Esistono carenze anche strutturali variabili da regione a regione che non permettono questa integrazione. Pensiamo alla telemedicina che alle vote non funziona assolutamente. Il periodo COVID-19 ha peggiorato questa situazione già difficile.

FUTURO

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR Salute) ha proposto come obiettivi per il 2026 l' 'insorgenza di almeno 400 ospedali di COMUNITA' , rinnovati, interconnessi e tecnologicamente attrezzati. La funzione di questi nuovi centri non è ancora stata definita chiaramente: in certe regioni i servizi sociali sono preminenti, in altre si chiede l'integrazione con le ASL per la conclusione delle degenze dei pazienti ricoverati nei centri di I e II livello, in altri si propone anche la piccola chirurgia in day hospital. Un grosso impedimento al funzionamento di queste integrazioni e dell'interconnessione delle reti in generale è, come detto, l'enorme carenza di personale medico, a cominciare dai medici di Medicina generale che potrebbero essere coinvolti negli Ospedali di comunità, di specialisti chirurghi e di personale infermieristico. Ogni anno vengono pensionati circa 3000 medici che non possono essere sostituiti dal nostro sistema. Un'altra perdita importante per il SSN è l'emigrazione dei giovani medici che trovano situazioni di lavoro più appaganti anche dal punto di vista economico. In

questa situazione è molto difficile prospettare il buon funzionamento di questi nuovi centri di comunità e la loro integrazione con le altre strutture.

Conclusioni

Le Reti Ospedaliere sono molto utili ma difficili da organizzare. In alcune Regioni funzionano, in altre NO.

CENTRI D'ECCELLENZA COME FATTORE DI PROGRESSO E D'EFFICIENZA

Massimo Misiti

Segretario del Collegio Italiano dei Chirurghi

Ortopedico, Cosenza

Le prestazioni sanitarie dovrebbero rappresentare sempre un momento di eccellenza medica volta alla soluzione delle problematiche patologiche dei cittadini. L'erogazione di tali prestazioni e servizi di "qualità" sono un dovere nei confronti dei pazienti, anche se, spesso, questi si fanno attrarre dalla così detta "eccellenza". Ma l'eccellenza, in quanto tale, non è stata mai definita se non in modo autoreferenziale e di conseguenza, il 24 maggio 2021, in qualità di parlamentare, ho presentato una proposta di legge concernente *"Disposizioni per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti di eccellenza sanitaria e istituzione del Registro nazionale delle eccellenze sanitarie"*, AC 3130. Il concetto di qualità applicato alla sanità, secondo Donabedian, è rappresentato dal «rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili», e tali miglioramenti portano necessariamente al confronto con la definizione latina di «excellere», quella che l'enciclopedia Treccani applica all'essere superiore agli altri o superiore alle altre cose dello stesso genere. In pratica, identifica la qualità di chi o di ciò che è migliore e, quindi, superiore. È proprio sulla base del riconoscimento di questo assioma, che si dovrebbe porre l'attenzione sul

percorso di accreditamento, in ambito sanitario, dell'eccellenza. Ma il problema è capire cosa sia davvero «eccellenza» e come riconoscerla, senza essere fuorviati dal marketing ormai entrato nel mondo delle aziende sanitarie. È necessario guardare ai criteri oggettivi che permettono la formulazione di un giudizio sul funzionamento di una struttura sanitaria pubblica o privata. Oggi, fra i criteri riconosciuti, vi sono quelli dell'accreditamento istituzionale e della certificazione ISO, che garantiscono il rispetto dei requisiti legislativi nazionali e regionali, ma tale certificazione non sempre è in grado di focalizzare l'attenzione sulla componente professionale. È del tutto innegabile l'esistenza di una differenza reale tra un centro specialistico e un altro, tra un'azienda ospedaliera e un'altra, differenze che incidono sicuramente sull'offerta sanitaria e sui livelli di cura che devono sempre e comunque essere garantiti a tutti i cittadini, in qualsiasi zona del Paese. Per questo, l'obiettivo della presente proposta di legge è quello di diffondere la cultura dell'eccellenza come strumento del continuo miglioramento della qualità offerta dal Servizio sanitario nazionale. È dall'esperienza altrui che bisogna lanciare le basi per spingere le associazioni specialistiche a dotarsi di un'autoregolamentazione, al fine di dare al cittadino la certezza di un servizio sanitario in continuo miglioramento, attraverso la flessibilità di strumenti che cambiano in funzione del progresso scientifico e dell'acquisizione di nuove conoscenze, anche alla luce dello storico ritardo accumulato dal nostro Paese in confronto ai Paesi anglosassoni, in particolare, in tema di interventi assistenziali, dove il paziente rimane il fulcro del sistema. Di seguito la proposta di legge presentata alla Camera dei deputati.

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

(Riconoscimento delle eccellenze sanitarie)

1. La Repubblica riconosce le eccellenze in ambito sanitario e promuove lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria attraverso un sistema sia di accreditamento generico di eccellenza delle strutture sanitarie pubbliche e private, sia di certificazione di eccellenza sanitaria dei professionisti e delle *équipe* medico-sanitarie, distinto per specialità.

Art. 2.

(Accreditamento generico dell'eccellenza sanitaria)

1. L'accreditamento generico dell'eccellenza sanitaria è riconosciuto a seguito di un processo di valutazione, sistematico e periodico, effettuato dalle società scientifiche, dagli enti terzi nazionali e dagli organismi internazionali, individuati ai sensi del comma 2, sulla base dei criteri stabiliti ai sensi del medesimo comma 2 e degli indicatori definiti, con cadenza triennale, dall'Istituto superiore di sanità.

2. Il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce, con proprio decreto, i criteri di valutazione ai fini dell'accreditamento generico dell'eccellenza sanitaria, nonché i criteri e le modalità di individuazione delle società scientifiche, degli enti terzi nazionali e degli organismi internazionali di cui al comma 1.

3. Ai fini del riconoscimento dell'accreditamento generico dell'eccellenza sanitaria, gli ospedali e le strutture sanitarie pubbliche e private accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, presentano la relativa richiesta al Ministero della salute.

4. Gli accreditamenti dell'eccellenza sanitaria riconosciuti ai sensi del presente articolo sono trasmessi al Ministero della salute e sono inseriti nel Registro nazionale delle eccellenze sanitarie di cui all'articolo 4.

Art. 3.

(Certificazione dell'eccellenza sanitaria)

1. La certificazione dell'eccellenza sanitaria, distinta per specialità, dei professionisti e delle *équipe* medico-sanitarie degli ospedali e delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è rilasciata a seguito di una valutazione effettuata dalle società scientifiche competenti in relazione alla singola specialità sulla base degli indicatori di qualità di cui al comma 2, d'intesa con l'Istituto superiore di sanità.

2. Il Ministro della salute, con il medesimo decreto di cui all'articolo 2, comma 2, stabilisce gli indicatori di qualità per il rilascio della certificazione dell'eccellenza sanitaria di cui al comma 1 del presente articolo, da aggiornare con cadenza biennale e che tengono conto dei seguenti elementi:

a) centralità del paziente;

b) coinvolgimento dei pazienti nelle attività assistenziali e diritti dei pazienti;

c) monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate in relazione agli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;

d) collaborazione con altri soggetti erogatori di assistenza sanitaria nel territorio di competenza;

e) coinvolgimento degli esercenti la professione sanitaria;

f) applicazione di processi manageriali;

g) gestione del rischio;

h) applicazione delle migliori pratiche internazionali.

3. Ogni professionista ed *équipe* medico-sanitaria trasmette una relazione triennale alla società scientifica incaricata della sua valutazione ai sensi del comma 1, recante una sintesi dell'attività svolta e dei risultati conseguiti in base agli indicatori di qualità di cui al comma 2.

4. Ai fini della valutazione di cui al comma 1, le società scientifiche prevedono la costituzione di appositi gruppi di valutazione, garantendo la loro competenza, imparzialità e trasparenza e sottoponendo i gruppi di valutazione medesimi e i relativi componenti a una verifica biennale da parte delle medesime società scientifiche.

5. Le certificazioni dell'eccellenza sanitaria rilasciate ai sensi del presente articolo sono trasmesse al Ministero della salute e inserite nel Registro nazionale delle eccellenze sanitarie di cui all'articolo 4.

Art. 4.

(Registro nazionale delle eccellenze sanitarie)

1. Presso il Ministero della salute è istituito il Registro nazionale delle eccellenze sanitarie, contenente gli accreditamenti e le certificazioni di cui agli articoli 2 e 3.

Art. 5.

(Verifica triennale)

1. Le valutazioni di cui agli articoli 2 e 3 sono sottoposte a verifica triennale su richiesta degli ospedali e delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché dei professionisti e delle *équipe* medico-sanitarie, con decadenza automatica dell'accredito generico dell'eccellenza sanitaria e della certificazione dell'eccellenza sanitaria in caso di mancata richiesta o di successiva valutazione negativa.

Art. 6.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

LA NECESSITA' DELL'AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO

Alessandro Giardino

Consigliere del Collegio Italiano dei Chirurghi

Presidente della Società Italiana di Chirurgia dell'Ospedalità Privata

Peschiera del Garda (Vr)

È un dato di fatto (Oxe,2021) che il 6% della spesa sanitaria è legato ad eventi avversi, e che questi occorrono con maggiore frequenza in chirurgia. Su un totale di 257 milioni d'interventi chirurgici solo il 2.7% circa si conclude con complicanze o mortalità, ma in termini assoluti si tratta di circa 7 milioni di casi, un numero evidentemente suscettibile della massima attenzione. Non si tratta solo di ricollocare il paziente e la sua cura al centro del sistema assistenziale, ma di dedicare ad esso la massima attenzione sia sotto il profilo dei tempi che dei modi. È a tutti noto che il 60% del tempo passato dai chirurghi in ospedale è dedicato alla parte burocratica del lavoro e che al momento la massima attenzione del sistema legislativo è concentrato, attraverso il PNRR, sugli elementi strutturali (edilizi) e su quelli inerenti la telemedicina, mentre il contrasto all'obsolescenza tecnologica è scarsamente considerato, ma è chiaro che solo l'aggiornamento tecnologico delle strutture, in tutte le sue dimensioni, organizzativa, amministrativa e clinica sarà in grado di ridurre i tempi burocratici, migliorare l'assetto organizzativo e liberare rendendole fruibili le risorse assistenziali. Sul fronte amministrativo e anche nel campo della comunicazione diretta con gli utenti è stato fatto molto, con una netta riduzione dei tempi di gestione delle pratiche, semplificazione delle modalità delle prenotazioni, delle refertazioni e della rendicontazione contabile. Molto ancora resta da fare nel campo della diffusione e utilizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenta una sfida cruciale, essendo lo strumento di sondaggio epidemiologico più sofisticato di cui possiamo disporre e su cui potremmo poggiare per un'analisi di big-data e una programmazione sanitaria, e conseguentemente un'assistenza, realmente efficace.

Ma questo è il presente, sebbene ancora incompleto, mentre il futuro ci proietta in una dimensione di forte espansione clinica. Il rapporto 2021 sullo sviluppo digitale rilasciato da Confindustria e ANITEC-ASSINFOM ha sottolineato l'importanza di sviluppare le infrastrutture digitali, le reti e la cybersicurezza, ma al contempo ha posto al centro dell'attenzione lo sviluppo della sanità in termini di tracciamento individuale, centralizzazione amministrativa, valorizzazione e implementazione dell'Intelligenza Artificiale (AI).

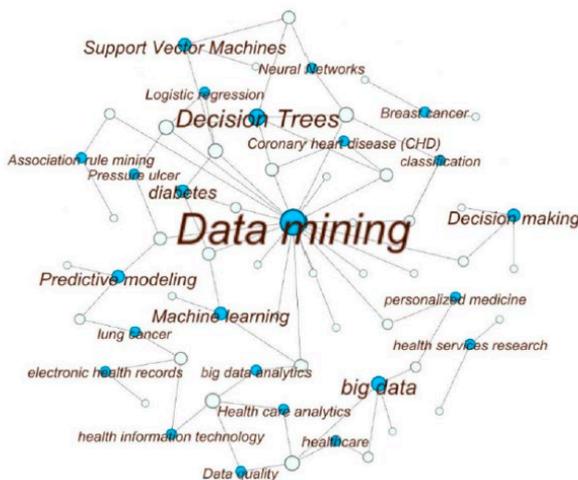
Medicine learning, AI applicata all'analisi di Big Data, e-care, inteso anche come telemedicina correlata a dispositivi indossabili, automazione diagnostica e operatoria rappresentano le prospettive di sviluppo futuro (Tabella I).

Tabella I: Perché la Sanità Digitale

- Sanità digitale: l'uso delle tecnologie per raccogliere ed elaborare i dati in modo da migliorare i servizi, curare i pazienti e condividere informazioni sulla loro salute
- App e wearable devices – big data miglioramento dei processi di monitoraggio, aderenza alla terapia, migliora assistenza e cure, ridurre spostamenti dei pazienti, ridurre liste di attesa
- Sistema data driven consente miglior allocazione delle risorse
- Condivisione dati: «Connected Care» e integrazione multidata (cartella informatizzata, fascicolo sanitario elettronico)

Sulla base di queste premesse è chiaro a tutti che il momento centrale dell'implementazione digitale è rappresentato dalla possibilità d'individuare e di definire, sia in termini qualitativi che quantitativi quali siano le esigenze di cura di una popolazione. E perciò è fondamentale la possibilità di applicare il "data mining" alla realtà italiana (Figura1).

Figura 1. L'interazione digitale in campo medico



I data-base cartacei non hanno più diritto di cittadinanza, perché la loro decrittazione risulta parziale e infruttuosa. L'applicazione del data mining, una ricerca automatica attraverso sistemi d'intelligenza artificiale, machine learning e reti neurali, è in grado di sviluppare sistemi predittivi a livello di diagnosi e di fattori prognostici con lo scopo di definire una medicina realmente personalizzata. Sfortunatamente in questo campo dobbiamo segnalare un'arretratezza culturale e formativa della nostra classe medica che impedisce di procedere speditamente e che unitamente alla scarsità degli investimenti finora operati, nel prossimo futuro sarà il principale ostacolo al diffondersi di queste pratiche che indirettamente ma significativamente riguardano la chirurgia.

D'altra parte, non possiamo ignorare che la sala operatoria del futuro sarà fortemente permeata dall'informatica, dalla possibilità dell'integrazione delle competenze e dal continuo controllo dei processi: garanzia di sicurezza, certo ma anche di efficientamento economico. Così come in una cabina di un aereo, il chirurgo avrà immediato accesso a tutti i sistemi utili all'esecuzione dell'intervento. In primo luogo, avrà a disposizione l'integrazione di tutti i dati ricavabili dai sistemi d'immagine, derivati da qualunque fonte: ecografia, TAC, Risonanza magnetica ai fini della ricostruzione delle modificazioni volumetriche e strutturali d'organo determinate dal processo patologico e di rapporto con vasi, visceri ed organi vicini. È chiaro che un processo basato sulle capacità naturali del chirurgo ha prospettive limitate, quello derivato dall'integrazione informatica basato sull'AI può consentire una rotta ottimale nella navigazione d'organo. Ogni acquisizione d'informazioni sul singolo caso modifica il quadro di riferimento per quelli successivi, consentendo il progressivo arricchimento dell'algorithm del modello. È altresì evidente che al risultato finale concorrono molti elementi, anatomici, funzionali, di patologia d'organo che attengono a diverse discipline, che concorrono, insieme agli elementi specifici della tecnica chirurgica, al raggiungimento del migliore risultato e del minore rischio di effetti negativi; si è calcolato che vi possa essere una riduzione delle complicanze nell'ordine del 30% nella misura del 30%. Nel complesso una sala operatoria integrata su base informatica aumenta l'equilibrio del sistema, ne ottimizza l'ergonomia, rende più agevole il gesto chirurgico e migliora le condizioni di lavoro dello staff: un contributo significativo può venire dal rendere partecipativi i processi soprattutto quelli che necessitano da un'integrazione temporale dei sistemi coinvolti attraverso un efficace sistema di comunicazione. L'utilizzo di sistemi assistiti informaticamente e in particolare la navigazione chirurgica basata sulla riproduzione anatomica possono non solo facilitare l'approccio chirurgico

ma ridurre i rischi, consentire la telechirurgia e ampliare le possibilità d'insegnamento direttamente al tavolo operatorio.

Un caso a parte è rappresentato dalla chirurgia robotica che ha visto una progressiva espansione anche se non ha ancora trovato una sua applicazione consolidata. Vi sono (2021) in Italia circa 160 installazioni, vengono eseguiti oltre 23.000 interventi con un costo di 1.500 euro ciascuno per i materiali d'uso e un costo per la manutenzione dei singoli apparecchi di circa 350.000-500.000. È prevista al momento un'integrazione tariffaria per i soliti interventi di prostatectomia radicale, mentre ogni altro utilizzo è remunerato come un intervento a cielo aperto: un'evidente contraddizione.

Il problema delle risorse per implementare la "chirurgia digitale " è evidentemente l'elemento critico che rischia di vanificare i progressi della chirurgia e condannarci ad una sanità minore. È certo che i risultati chirurgici conseguibili con l'AI sono di qualità superiore e probabilmente potremmo ottenere anche una riduzione significativa degli eventi avversi, che non ha solo valore etico ma anche economico: potrebbe derivarne addirittura un vantaggio, con una riduzione dei costi globali in grado di bilanciare il valore degli investimenti necessari. Ma per raggiungere questa certezza è necessario iniziare al più presto una solida sperimentazione; vedremo se il nostro Sistema Sanitario avrà la forza di affrontare questa sfida.

Riferimenti

1. PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. <https://www.mise.gov.it/it/pnrr>
2. S.J. Russell, P. Norvig: Intelligenza artificiale. Un approccio moderno. Ed. Mylab, Pearson 2021
3. A.B. Kassam, R.A.Rovin, S.Walia et al. The operating room of the future versus the future of the operating room. *Otolaryngol Clin N Am* 2017; 50:655-71
4. R. Bharathan, R. Aggarwal, A.Darzi. Operating room of the future. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2013; 27:311-22
5. J. Wall, T. Krummel. The digital surgeon: how big data, automation, and artificial intelligence will change surgical practice.
6. F. Giannone, E. Felli, Z. Cherkaoui et al. Augmented reality and image-guided liver surgery. *Cancers*
7. M. Wagner, S. Bodenstedt, M. Daum et al. The importance of machine learning in autonomous actions for surgical decision making. *Art Int Surg* 2022