

Milano Marittima

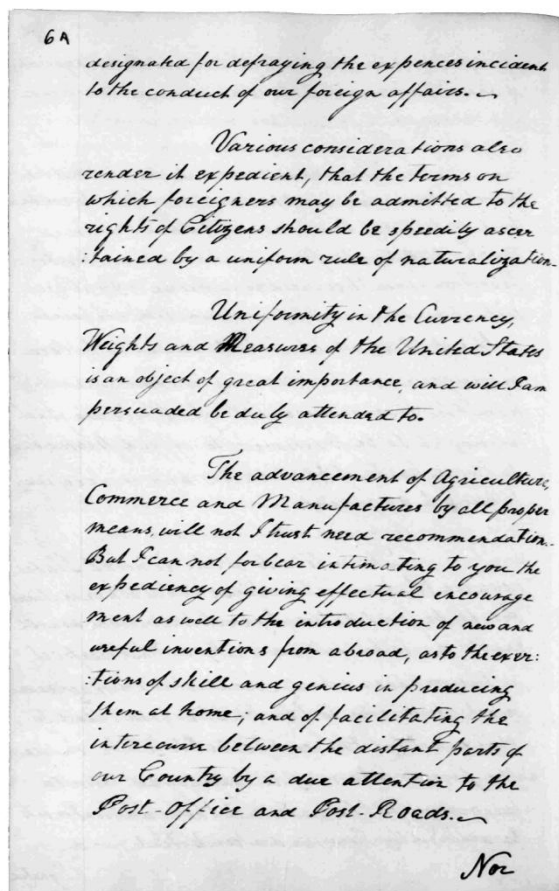
Giovanni Danesi

18 ottobre 2017

# Discorso sullo stato dell'AOOI

Milano Marittima, 13 ottobre 2017

Il Discorso sullo Stato dell'Unione è parte integrante della Costituzione Americana e viene pronunciato dal Presidente in carica una volta all'anno a camere unite. Il primo discorso sull'Unione fu tenuto da George Washington l'8 gennaio 1790 e in questa fotografia originale ne vediamo uno stralcio. In tale discorso il presidente descrive sia le condizioni generali della nazione sotto un profilo sociale, economico e politico, sia l'agenda governativa corrente,



i progetti per il futuro e le priorità.<sup>[1]</sup>

Mi sono voluto ispirare a questo passo fondamentale della vita politica e civile americana per illustrare a questa assemblea lo stato della nostra Associazione.

Il primo paragrafo di questa relazione è dedicato a “ **Cosa abbiamo fatto** “ in questi 18 mesi della mia presidenza. Il paradigma cui mi voglio riferire è senz’altro quello del **cam-biamento** da intendersi per quello che concerne la struttura della Associazione e gli aspetti più innovativi del suo interfacciarsi con i mutamenti rapidi del panorama sanitario nazionale. Molte cose sono cambiate dunque con l’introduzione di nuove figure istituzionali quali il Presidente eletto, il Comitato scientifico del congresso nazionale, il Responsabile delle relazioni esterne o media manager, la Commissione elettorale.

Ciascuna di queste nuove figure istituzionali ha precise funzioni che si declinano nell’interesse comune di rendere l’associazione più comprensibile ai soci, più aperta alle esigenze e alle istanze della base, dei nostri colleghi ai quali dobbiamo risposte e soluzioni, più trasparente nella distribuzione e assegnazione dei ruoli e dei compiti istituzionali, più aperta e fruibile all’esterno. L’aspetto di nuove aperture al mondo sanitario, inteso in senso clinico e finanziario appare dunque inderogabile e necessario, nell’intento di acquisire una lingua comune con la quale intendersi negli ambiti di contrattazione, nelle sedi scientifiche, nelle relazioni e negli scambi dettati dal contesto multidisciplinare che appare oggi irrinunciabile.

La logica conseguenza di questo cambiamento ha visto nello sviluppo dell’aspetto della gestione mediatica un punto cardine che ha letteralmente cambiato il senso e gli effetti della nostra presenza nel mondo sanitario. L’implementazione e il cambiamento del nostro sito web è il risultato di uno sforzo encomiabile da parte di chi ha dedicato tempo e lavoro a questo scopo. La diffusione sui social media ha determinato la comparsa di nuove fasce di consenso, di informazione rapida ed altrettanto efficace, di diffusione di contenuti didattici e non con effetti impensabili. Siamo arrivati a farci conoscere ove prima appariva impossibile.

Il secondo paragrafo è dedicato alla “**Formazione**” che rappresenta a mio avviso il core programmatico di AOOI, la mission che ne ha caratterizzato da 70 anni la personalità.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge in primo luogo la comunità accademica; infatti, pianificare ed erogare “formazione” richiede primariamente una attiva partecipazione delle scuole di medicina, coinvolge inoltre i sistemi sanitari e gli ospedali che saranno lo scenario operativo degli effetti di tale processo, e le isti-

tuzioni di governo e prevede un ampio spettro di attività, compreso l'accreditamento delle istituzioni educative e dei programmi e la regolamentazione dei profili professionali (iscrizione, certificazioni, licenze). Non esiste, infatti, un'unica via per migliorare la qualità della formazione sanitaria, per ottenere risultati significativi e duraturi le istituzioni devono essere orientate verso un processo continuo di sviluppo della qualità.

Abbiamo lavorato alla ricerca di risorse da confluire in una Fondazione il cui scopo statutario sarà quello di fornire mezzi e opportunità ai giovani specializzati per implementare le proprie conoscenze e capacità al fine di creare una classe adeguata, aggiornata, competitiva di chirurghi. La Fondazione mi è apparsa come logica necessità da realizzarsi in un contesto finanziario nazionale difficile e contraddittorio, come vedremo più avanti, nel quale il progetto di aggiornamento raramente riceve risposte e risorse adeguate alle necessità. Oggi, inutile negarlo, l'aggiornamento dei nostri giovani avviene mediante il supporto irrinunciabile dell'industria privata e in quota parte alla buona volontà di chi si mette a disposizione dei colleghi con qualsivoglia iniziativa pubblica o privata, comunque finalizzata all'arricchimento culturale dei meno esperti. Ebbene tramite questa nuova Fondazione ho deciso di cercare di cambiare i paradigmi di visione del problema aggiornamento mediante un sistema, non certo nuovo, più efficace in termini operativi, più favorevole per i nostri partner e più programmabile nel tempo, in grado di esplicitare programmi duraturi, disponibilità certe, opportunità per tutti. La Fondazione rappresenta inoltre una struttura di garanzia indipendente le cui finalità sono tuttavia strettamente interconnesse con quelle dell'associazione che ne stabilisce i ruoli dirigenziali e la continuità programmatica.

Vorrei ora spostare la vostra attenzione sul terzo paragrafo e cioè sugli aspetti relativi ai nuovi scenari del **Governo clinico** e della complessa dialettica dell'atto medico e al suo rapportarsi alla EBM, aspetti che non possono prescindere comunque da quelle che saranno le previsioni di investimento in sanità pubblica nei prossimi anni. Questi tre capitoli sono strettamente connessi e interdipendenti tra loro e lo sono ancor di più quando rapportati all'atto medico e alle sue caratteristiche.

Il Governo clinico ha rappresentato negli ultimi 10 anni o forse più una sorta di mainstream nella gestione del complesso rapporto medico paziente e medico istituzioni, le cui istanze di pretesa supremazia del ruolo professionale in senso scientifico sono state di volta in volta disattese, rinviate o delegate a posizioni diverse da quelle attese. Ma che cosa è veramente il governo clinico e perché pesa così tanto nella definizione del ruolo del medico e dello specialista?

Donaldson, nel 1998, ha definito il Governo Clinico come: **un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.** Il Governo clinico presuppone un approccio integrato che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni, i migliori risultati possibili in termini di salute e l'uso efficiente delle risorse.

La gestione del SSN secondo le logiche del Governo clinico richiede l'impiego di metodologie e strumenti quali le linee guida, i profili di assistenza basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, sistemi informativi, documentazione clinica a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata ecc. Tali strumenti devono essere sostenuti da una politica sanitaria che ne **incentivi** e ne renda concretamente possibile l'utilizzo e dalla costruzione di relazioni tra le diverse competenze presenti nelle organizzazioni sanitarie che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità.

Per creare queste condizioni e per realizzare, quindi, il sostanziale cambiamento culturale nel contesto del SSN, appariva necessario tener presenti alcuni principi e valori sui quali il governo clinico deve fondarsi: condivisione multidisciplinare e inter professionale, pratiche basate sulla evidenza, formazione basata sull'evidenza, imparare dall'esperienza, responsabilizzazione, accountability, sviluppo professionale. Si tratta di principi e valori condivisibili che devono rappresentare il motivo conduttore dei processi formativi.

Tuttavia in questo contesto si rilevano due criticità fondamentali: il primo la sostenibilità di tale visione tramite il sistema degli incentivi rapportata al finanziamento stesso del sistema, il secondo, quale il profilo di autonomia dell'atto medico se rapportato all'EBM.

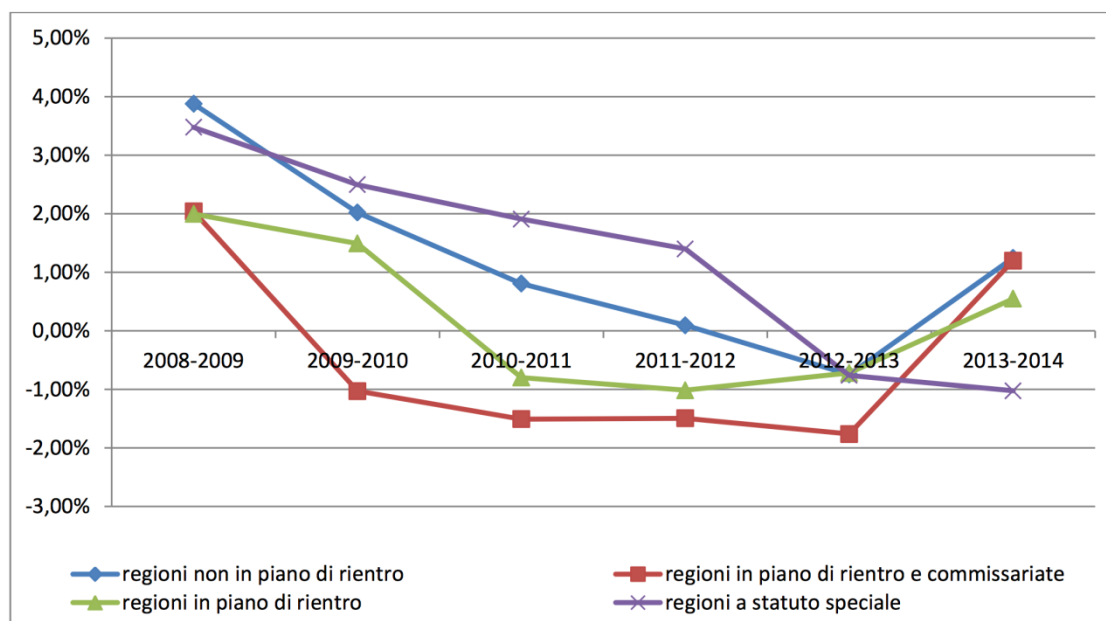
Il primo punto, relativo alla **sostenibilità**, potrebbe riassumersi in modo estremamente sintetico nella dichiarazione che “ **La sostenibilità del sistema è quella che gli si vuole dare**” e cioè sembrerebbe chiaro allorquando l'indirizzo delle risorse e la loro disponibilità sono più un problema politico anziché di disponibilità: cioè quanto possiamo spendere?

Vediamo nel dettaglio alcuni dati ufficiali sugli aspetti del finanziamento pubblico al sistema sanitario nazionale negli ultimi anni:



## Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Figura 1 - Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua)



Fonte: NSIS- elaborazione Agenas

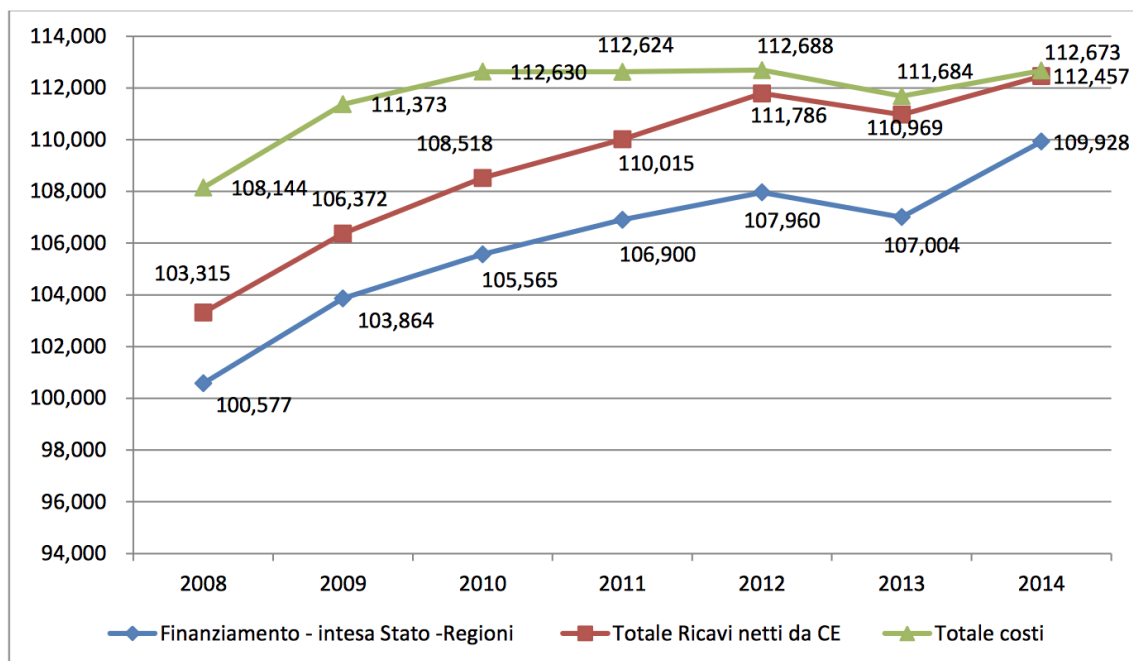
In particolare, una prima analisi dei fenomeni più significativi evidenzia una crescita nel 2014 della spesa sanitaria dello 0,89% rispetto al 2013, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008 - 2013 che registravano un trend in diminuzione.

In crescita le prestazioni da privato ma l'attenzione è sulle prestazioni per assistenza ospedaliera (+2,05%) il cui andamento non è coerente con le misure introdotte dal dl n. 95/2012, che prevedeva una riduzione rispetto al consuntivato 2011 nei volumi e nei corrispettivi degli acquisti di specialistica ambulatoriale e ospedaliera dagli erogatori privati. In altri termini le prestazioni assistenziali ospedaliere dovevano diminuire a fronte di un auspicato maggior intervento della quota privata perché così si era deciso.



## Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Figura 4 - Spesa Sanitaria corrente e Finanziamento SSN, anni 2008-2014



Fonte: NSIS e Intese Stato-Regioni (Valori in miliardi di euro)

Mentre l'analisi del finanziamento della spesa sanitaria rileva un aumento del Fondo sanitario nazionale che dal 2008 al 2014 cresce del 9%. Per quel che riguarda invece le entrate proprie, la compartecipazione alla spesa (ticket) si conferma la voce principale con una crescita del 26% dal 2008 al 2014.

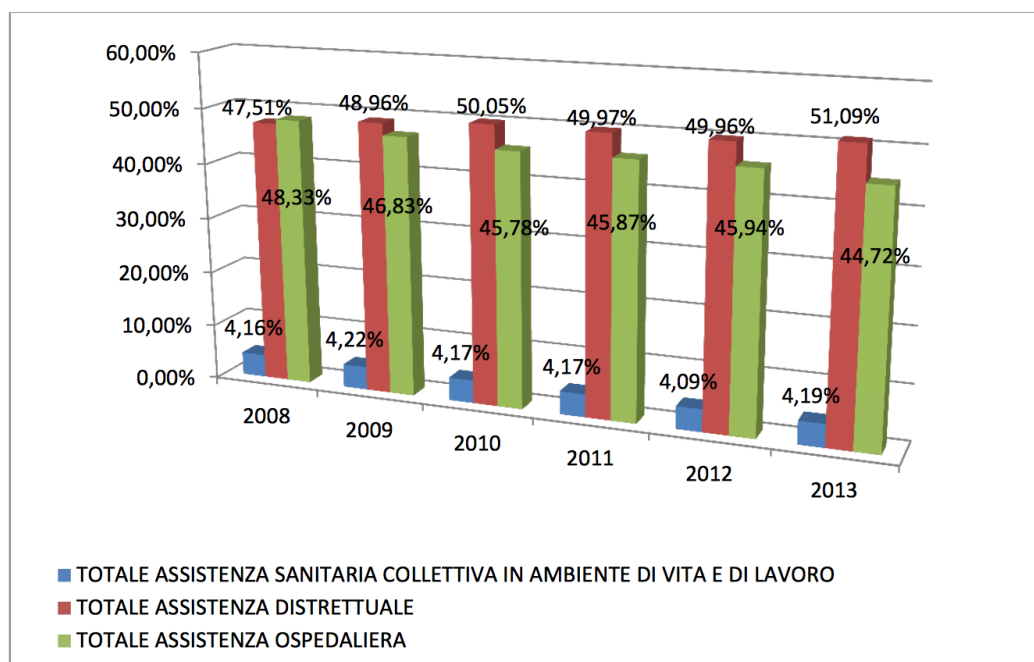
Inoltre, la spesa per Livelli Essenziali di Assistenza indica che l'assistenza ospedaliera passa dal 48,16% del 2008 al 44,72% del 2013; quella per l'assistenza distrettuale passa dal 47,51% del 2008 al 51,09% del 2013; mentre la prevenzione rimane stabile intorno al 4%.

Va specificato che pur in presenza di una crescita della spesa sanitaria, non si arresta il trend in diminuzione dei disavanzi regionali. Il sistema sanitario nazionale, dopo le coperture registra un avanzo di circa 600milioni di euro.

Ma allora da questi dati si evincerebbe che il sistema sanitario nazionale a fronte di una politica tendenzialmente riduttiva del finanziamento, se rapportato al PIL, sarebbe virtuoso conservando elevati livelli qualitativi di erogazione del servizio.

Quali allora gli scenari futuri? Li vediamo nelle figure seguenti.

**Figura 6 - Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli assistenziali, anni 2008-2013**



Fonte: elaborazione Agenas su modelli LA 2008-2013 (NSIS)

**Il Def e la sanità.** Nei prossimi tre anni spesa sanitaria cresce meno del Pil: 1,3% contro 2,9%. Per i contratti PA nessuno stanziamento in più ma un generico impegno a risorse “aggiuntive”.

Le previsioni per la sanità vedono una crescita contenuta della spesa soprattutto fino al 2019. Poi un piccolo balzo nel 2020 quando si stima una spesa di oltre 118,5 miliardi di euro. Ma sempre sotto il 6,5% del Pil. Mancano invece all'appello le somme in più per il rinnovo dei contratti (2,8 miliardi)

Un gap enorme tra i livelli di finanziamento programmati e quelli effettivamente erogati, recentemente messo nero su bianco anche dalla Corte dei Conti». Infatti, secondo la “Relazione sulla gestione Finanziaria delle Regioni, esercizio 2015”, nel periodo 2015-2018 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 10,51 miliardi, rispetto ai livelli programmati. il rapporto tra spesa sanitaria e PIL dal 6,6% del 2017 si ridurrà al 6,4% nel 2019 per precipitare al 6,3% nel 2020, percentuali mai raggiunte in passato. Come dobbiamo prepararci a scendere ben oltre la temuta soglia di allarme del 6,5% fissata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, al di sotto della quale, oltre la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure, si riduce anche l'aspettativa di vita delle persone?». Sulla carta i cittadini italiani dispongono di un “paniere” di livelli essenziali di assistenza tra i più ricchi d'Europa, ma al tempo stesso la nostra sanità è agli ultimi

**TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2017 – 2020**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Spesa sanitaria</b>	<b>114.138</b>	<b>115.068</b>	<b>116.105</b>	<b>118.570</b>
In % di PIL	6,7%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	1,4%	0,8%	0,9%	2,1%

posti per finanziamento pubblico. Ecco perché, come più volte ribadito i nuovi LEA da grande traguardo politico rischiano di trasformarsi in illusione collettiva con gravi effetti collaterali per la popolazione: allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa out-of-pocket, sino alla rinuncia alle cure, diminuzione delle UOC, creazione delle aree vaste.

Quindi quale il destino del Governo Clinico in questo contesto finanziario se non quello di una costruzione di indirizzo scientifico-normativo disgiunta suo malgrado dalla realtà che ne condiziona gli scopi e gli stessi risultati. In quale modo il medico potrà mantenere la capacità decisionale più appropriata in una situazione di forzosa e inesorabile “amministrativizzazione” dell’atto diagnostico terapeutico?

Vorrei portare la vostra attenzione su questo aspetto particolare e cioè il rapporto tra EBM e libertà e autonomia dell’atto medico. Riporto e vorrei condividere con voi le interessanti osservazioni di questi autori *Devorah E. Klein, Gary Klein and Shawna J. Perry*

Per cominciare, l'EBM è fondata su una fondamentale sfiducia dell'intuizione dei medici - cioè la rappresentazione di giudizi che emergono su modelli che si basano su anni di esperienza. Ma non segue che tutti i casi di intuizione siano difettosi o che un'intuizione qualificata non ha alcuna funzione nella sanità. I medici sviluppano competenze per molti anni e quando dispongono di ampie opportunità di feedback sui loro giudizi, le loro intuizioni sono preziose, soprattutto in casi più complessi. Infatti, le conclusioni di un medico esperto possono essere più accurate di quelle fornite da EBM. Questo perché EBM, anche se basato su dati provenienti da studi randomizzati e rigorosi esperimenti, è stato progettato per situazioni che approssimano le condizioni dei pazienti in quei test. Il problema è che quando il contesto cambia, i risultati di prova diventano meno affidabili. Un secondo problema con EBM è che esso offre pochi indirizzi quando una condizione medica sta evolvendo. Infine, e forse più criticamente, bisogna chiedere come i clinici devono prendere decisioni quando ci sono delle lacune nella base di conoscenza di EBM. I medici spesso individuano le tendenze e sviluppano ipotesi che coinvolgono congetture e che queste vengono convalidate solo da prove successive. Dunque, i medici devono ignorare i modelli osservati finché i dati non vengono inseriti in un trial? I sostenitori dell' EBM rispondono che è compito dei ricercatori quello di generare i dati che vengono trasformati in buone pratiche; il ruolo del clinico è quello di mi-



gliorare i risultati. Ma questo approccio è contrario alla storia medica, in cui i progressi vengono solo dopo che i praticanti notano anomalie, scoprono difetti nelle "migliori pratiche" attuali o migliorano gli approcci esistenti. Molti progressi medici si sono evolute attraverso la curiosità del medico, non come risultato di prove. Un approccio più efficace deve essere quello di combinare EBM con la competenza e l'intuizione dei medici esperti e di trarre vantaggio da entrambi.

Ma quali sono le ricadute effettive di una medicina siffatta? Quali i limiti restrittivi imposti al medico nel delicato processo decisionale? Che tipo di figura professionale dobbiamo immaginare per il futuro? Forse una graduale trasformazione del medico ippocratico a professional prestatore d'opera secondo vincoli che ne condizionano l'agire?

A queste domande vorrei rispondere con le osservazioni di Cavicchi che mi appaiono estremamente efficaci.

In primo luogo EBM nasce su uno sfondo che traduce fondate esigenze di contenimento della spesa in misura di vera e propria amministrazione dell'atto medico. La medicina amministrata oggi rischia di essere la degenerazione di un teorema che ha preso piede negli anni '90 come risposta a forti pressioni contro riformatrici cioè quella che per mantenere il sistema si faccia la politica del cammello che si nutre solo delle proprie eccedenze. Insomma una sorte di teoria metabolica frutto di una politica di tipo congiunturale che da sola non è però in grado di risolvere i problemi strutturali di finanziamento. Ebbene questa ideologia economicistica e amministrativistica hanno nel tempo deformato i significati di base di EBM fino a rendere ancor più anacronistico questo ritorno quasi oracolare alle evidenze e alle prove di fronte al riconoscimento attuale proprio di quello che l'EBM vuole svalutare e cioè l'unicità, la specificità, la singolarità del malato, le contingenze e le situazioni imprevedibili. In altri termini l'EBM è rispetto ai malati una tecnica di statistica induttiva, mentre i nuovi saperi a partire dal singolo malato sono deduttivi e si pensi a questo proposito all'importanza che avranno le terapie personalizzate.

Infine EBM è un fenomeno che evidenzia le difficoltà della politica in campi come la medicina e delle scorciatoie tecnocratiche che si candidano a gestire e ad amministrare tutte le decisioni mediche. Una politica che ha bisogno di giustificare le sue decisioni e le sue crisi in campo sanitario e il suo rapportarsi con una classe medica spesso costituita da medici clinicamente non praticanti perché esclusi da un mercato del lavoro non equilibrato, candidandosi dunque come un vero e proprio potere a sovrintendere sia l'atto medico che le scelte organizzative: noi organizziamo voi limitatevi a curare secondo i nostri modelli.

<b>Colpa grave</b>	Non punibile in ogni tempo	Punibile sempre	Punibile sempre
<b>Colpa lieve</b>	Non punibile in ogni tempo	Non punibile fino al 01/04/2017 Punibile dal 01/04/2017	Non punibile fino al 01/04/2017 Punibile dal 01/04/2017
	<b>Imperizia</b>	<b>Negligenza</b>	<b>Imprudenza</b>

Appare sin troppo evidente che compito della nostra associazione sia quello della resilienza e della difesa dell'interesse professionale in senso stretto perché in caso contrario sarà difficile accettare che le future classi mediche e chirurgiche possano nascere su progetti e organizzazioni di cui noi stessi siamo ridotti a comprimari di scelte altrui. Il riconoscimento di protocolli e linee guida non deve tuttavia allontanare la libera iniziativa del libero pensiero perché di questo si tratta quando rapportiamo il problema formativo allo sviluppo del ragionamento clinico oggi sostituito da una crescente e spasmodica ricerca della diagnosi demandando agli esami soluzioni e risposte che dovrebbe nascere dal ragionamento stesso: Spesso i protocolli e le linee guida servono a chi ha deciso di smettere di pensare.

Infine qualche considerazione sulla recente legge Gelli di cui vorrei evidenziare alcune criticità irrisolte.

La riforma del 2017, presenta un profilo incomprensibile e possibilmente incostituzionale per violazione del principio di uguaglianza (e ragionevolezza) ex art. 3 Cost., dato che è ammesso ad essere scusato il medico imperito che abbia commesso un errore grave (20), mentre resta comunque esposto a responsabilità quello negligente o imprudente che abbia commesso il più veniale degli errori. Nella sua inutile complicatezza, lo stato dell'arte può essere ricostruito con il seguente schema.

Come accennato, si nutrono forti dubbi sulla ragionevolezza di una simile disciplina d'insieme, e quindi sulla legittimità costituzionale dell'art. 590-sexies c.p.. L'articolo pare infatti violare l'art. 3 Cost. nella parte in cui per la colpa lieve limita la non punibilità ai soli casi di imperizia, e pare inoltre violare l'art. 3 Cost., unitamente all'art. 32 Cost., nella parte in cui, per le sole ipotesi di imperizia, introduce una non punibilità per colpa grave (22).

Questione **linee guida**. Ed ecco un secondo rilevante profilo di novità: rispetto al sistema fluido della previgente normativa, nella quale l'individuazione delle "linee guida e buone pratiche" aventi valenza scusante era riconnessa ad un non meglio precisato accreditamento presso la "comunità scientifica nazionale e internazionale", il legislatore del 2017 ha optato

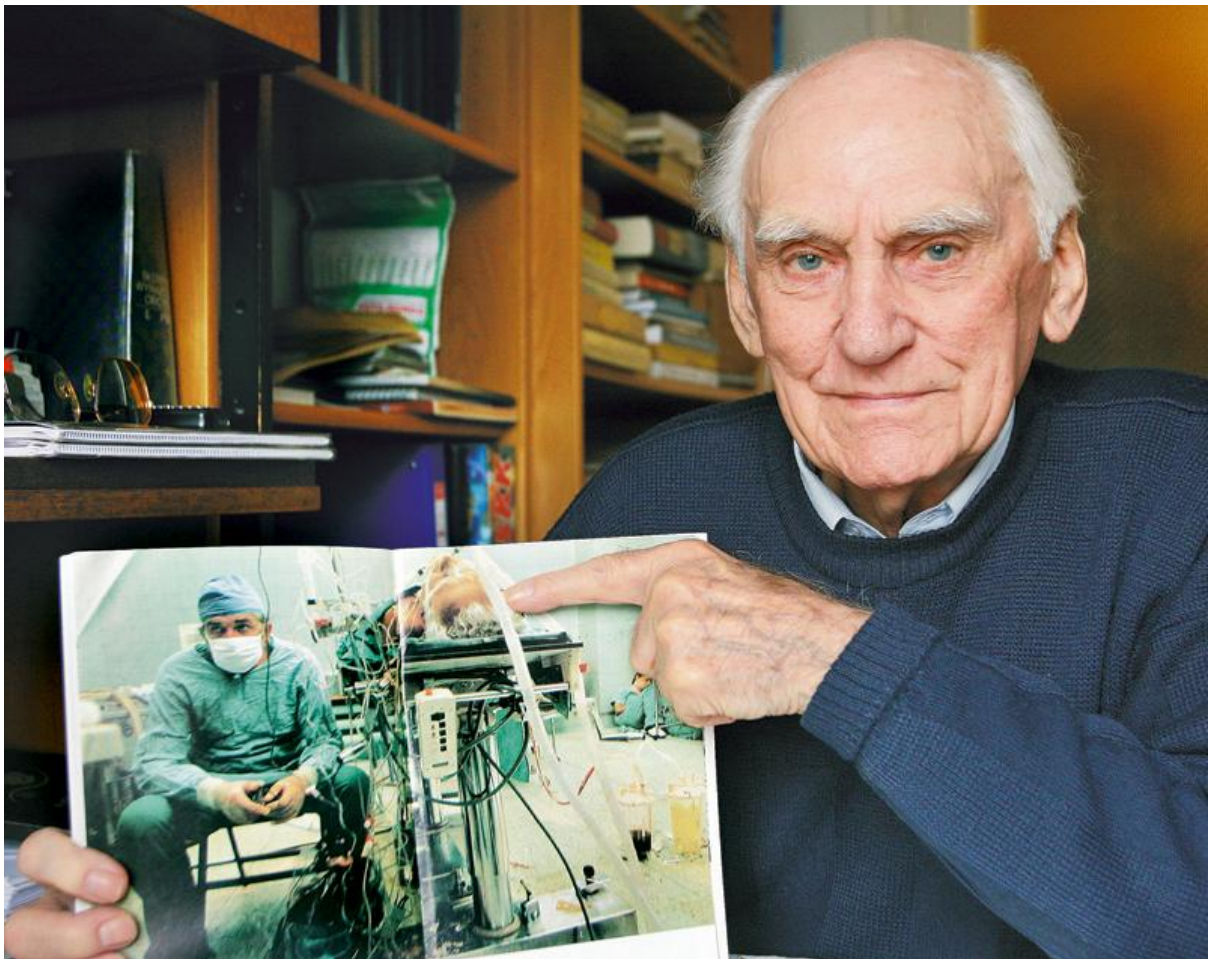
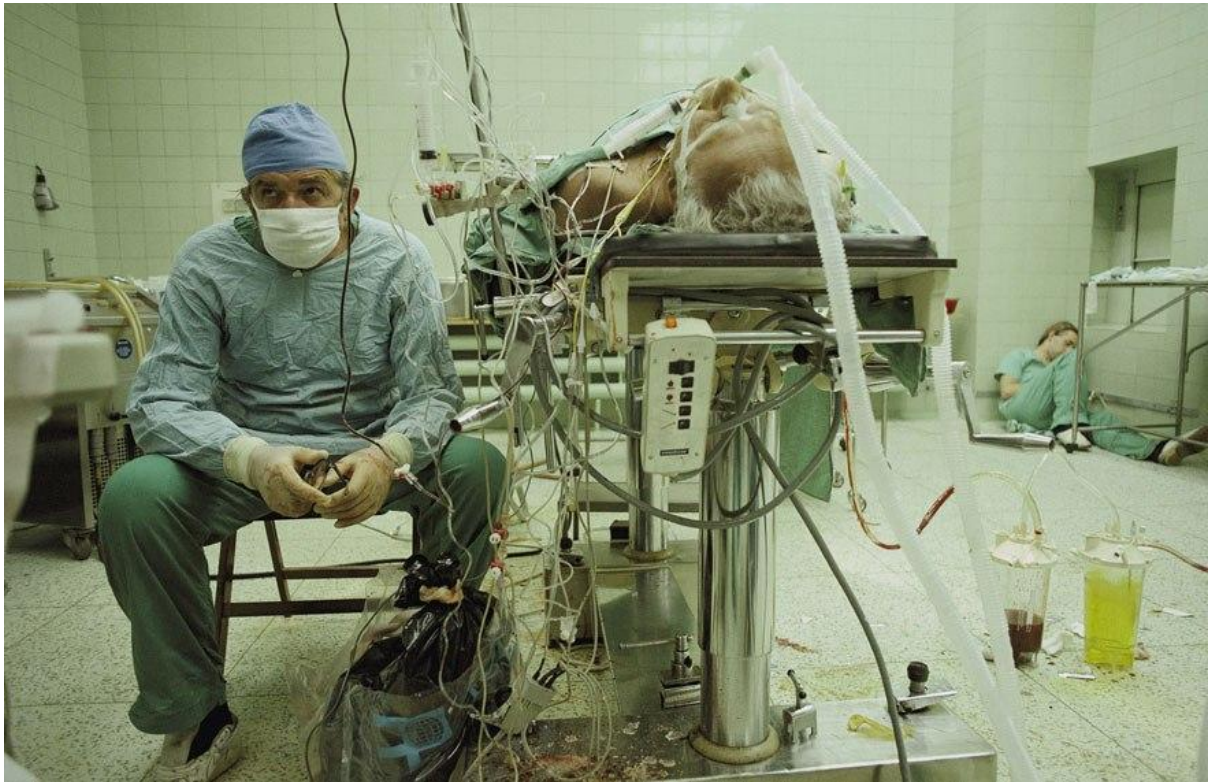
per una formalizzazione delle linee guida accreditate, su base nazionale. Obbligatorietà dell'osservanza delle linee guida e nazionalizzazione delle stesse sono concetti che hanno portato parte della dottrina a nutrire il timore che si stia andando verso una “medicina di Stato” (24), nella quale il medico agisce come un “automa” deresponsabilizzato e privato della propria indispensabile autonomia di indirizzo terapeutico.

In sintesi, le linee guida il cui rispetto assume oggi valore potenzialmente scusante sono solo quelle che, elaborate da enti accreditati a livello nazionale, e passate con successo tramite un vaglio di idoneità qualitativa da parte dell'Istituto superiore della sanità, siano state inserite nel SNLG e pubblicate sul sito internet dell'istituto

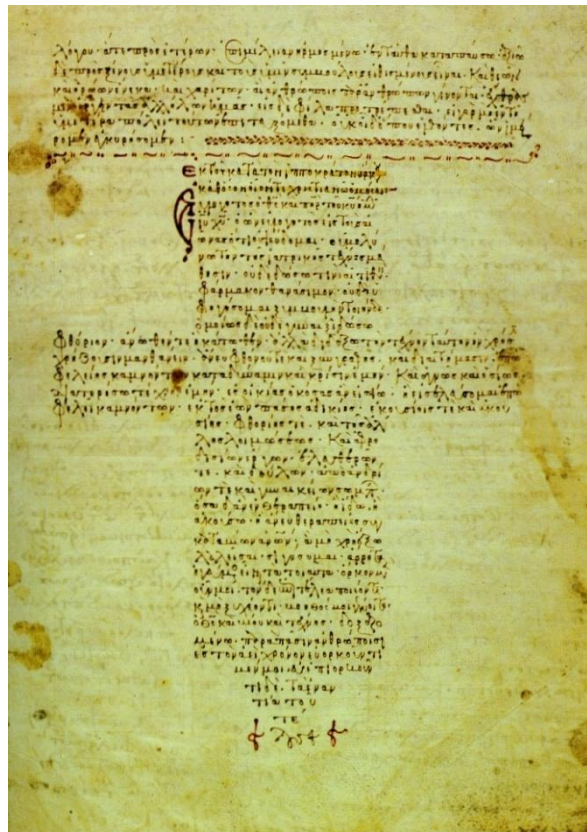
Ciò significa anche che sul punto si è avuta, con la riforma, **un'estensione** dell'area del **penalmente rilevante**, per effetto della riduzione dell'area di *excusatio* penale conseguente alla restrizione del catalogo di linee guida utilizzabili allo scopo. Questo non può che comportare, come infatti la giurisprudenza di legittimità ha già avuto modo di chiarire (29), che in parte qua la riforma Gelli-Bianco introduce una disciplina sostanziale più sfavorevole del regime precedente, e non si applica quindi ai fatti consumatisi prima del 1° aprile 2017 (30). Da una lettura finale e ragionata di tale sistema, pare agevole concludere che, se l'intento della legge Gelli-Bianco era quello di restituire al medico una serenità operativa che prevenisse il fenomeno della medicina difensiva (39), il risultato è ben lontano dalle intenzioni: sul piano penalistico i medici oggi paiono “stare peggio”, poiché si sono aggravati i margini di incertezza nella valutazione dei loro errori.

Nel 1987, il National Geographic premiò come Foto dell'Anno Anxious Eyes di James Stanfield (41), scattata nella sala operatoria di un ospedale in Polonia. L'immagine ritrae il cardiocirurgo Zbigniew Religa che controlla i parametri vitali del paziente ancora addormentato, alla conclusione del suo trapianto di cuore durato ventitré ore. In un angolo della sala operatoria, un assistente dorme per terra. Si trattava del primo intervento di questo tipo eseguito con successo in Polonia. L'esito fu così fausto che il paziente, Tadeusz Zytewicz, è sopravvissuto allo stesso chirurgo che gli ha salvato la vita (morto nel 2009), e nel 2013 è stato ritratto mentre tiene in mano l'istantanea scattata quel giorno in sala operatoria (42).

Queste immagini sono di ispirazione per ricordare che, all'essenza delle cose, medico e paziente non sono parti avverse, ma persone che insieme generano qualcosa di benefico: il miracolo della cura. Questo è un legame che è dovere del legislatore tutelare, ponendo le condizioni perché esso possa svolgersi nella necessaria serenità sui rispettivi ruoli e diritti, ed approntando un sistema ragionevole per l'accertamento degli errori medici ove questi si verificano. ( Da Riccardo Lucev: Giurisprudenza penale)







In conclusione vorrei sottolineare come in questa foto che ritrae il Giuramento di Ippocrate da un codice Bizantino dell'XI sec risiede ancora l'essenza della nostra professione e della nostra arte medica, e vi sprono a voler cercare di mantenere questi principi che non hanno bisogno di integrazioni, di controlli, di regole inutili. Vi esorto a non perdere mai di vista la capacità dell'uomo medico, che come nessun'altro ricerca le soluzioni per il bisognoso penetrando contemporaneamente nella sfera corporea e psichica, privilegio di pochi. Aooi si deve ispirare a questi principi ora e sempre. Vi ringrazio per l'attenzione.