

THEMA

Protagonisti della sanità numero 3

GIOVANNI DE COSTANZO LUCA STUCCHI
VALERIO ALBERTI ROBERTO TESTA
FRANCO PETRAMALA



*la sostenibilità del
Servizio Sanitario Nazionale*

Fuori Thema

Quali sono gli strumenti per garantire la sostenibilità del nostro servizio sanitario nel momento in cui la spesa farmaceutica territoriale è rimasta entro i limiti prefissati e risulta difficile contrarre quella ospedaliera, rispetto alla quale difficilmente si può parlare di inappropriata?

La trasformazione degli ospedali in centri per il trattamento in regime di ricovero dei soli casi complessi e il potenziamento dell'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale così come l'introduzione della ricetta elettronica e del fascicolo elettronico personale di ogni paziente sono armi valide? Nello stesso tempo, a livello territoriale i programmi di integrazione socio-sanitaria-assistenziale consentono di contenere le spese di gestione delle patologie cronic-degenerative? L'autonomia aziendale garantisce la possibilità di effettuare interventi mirati sul territorio e quindi una gestione costo-efficace delle risorse a disposizione? Dalle risposte dei nostri interlocutori emerge come filo conduttore che la sostenibilità del sistema si ottiene anche e soprattutto considerando la sanità sempre di più come un investimento in grado di influenzare lo sviluppo socio-economico di un paese.

THEMA numero 3

Supplemento al n. 3 – 2009 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via Bradano 3/c – 00199 Roma
www.pensiero.it
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2009 Photos.com, Fotolia

Stampa: Arti Grafiche Tris

Via delle Case Rosse, 23 – 00131 Roma
Finito di stampare il 30 settembre 2009

© Il Pensiero Scientifico Editore srl

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di Thema sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.



3 In equilibrio tra bisogni di salute e gestione corretta delle risorse



GIOVANNI
DE COSTANZO



LUCA
STUCCHI

9 Le strategie integrative al contenimento della spesa farmaceutica



VALERIO
ALBERTI



ROBERTO
TESTA



Gli strumenti
per contenere
la spesa sanitaria
e investire in sanità
FRANCO PETRAMALA

14



In equilibrio tra bisogni di salute e gestione corretta delle risorse



INTERVISTE A

GIOVANNI DE COSTANZO

Direttore Generale, Azienda
Ospedaliera San Carlo, Potenza



LUCA STUCCHI

Direttore Generale, Azienda Ospedaliera
Carlo Poma, Mantova

'Meno ospedale e più territorio' è il motto sul quale si sta disegnando il nuovo Patto per la salute 2010-2012. Quali sono gli interventi concreti che avete avviato per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e per rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini che si rivolgono all'ospedale?



DE COSTANZO. In questi ultimi anni la problematica dell'appropriatezza generica, intesa come migliore modalità di risposta assistenziale ad un bisogno di salute, è fortemente dibattuta. Numerosi modelli organizzativi sono stati proposti per garantire un ruolo sempre più rilevante delle strutture territoriali in molteplici percorsi assistenziali, con particolare riferimento a quelli relativi a patologie cronico-degenerative che incidono fortemente sulla popolazione, soprattutto quella in età avanzata. A tale proposito anche la recente normativa nazionale (DPCM sui LEA) e regionale, proponendo un modello basato sull'integrazione ospedale territorio, ha tentato di ridimensionare il ruolo di erogato-



Diminuzione dei ricoveri impropri, continuità assistenziale, potenziamento del day hospital e delle prestazioni specialistiche in ambulatorio consentono di offrire risposte adeguate ai bisogni di salute.

re dell'ospedale, soprattutto per quelle prestazioni di bassa complessità, a favore del territorio. Su tale problematica l'Azienda Ospedaliera San Carlo già da alcuni anni ha avviato azioni strutturali per il contenimento dei ricoveri impropri, soprattutto quelli relativi ai DRG ad alto rischio di inappropriata prevista dall'allegato 2C del DPCM 29-11-2001 sui LEA. In particolare con l'attivazione, da alcuni anni, di 8 posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) presso il Pronto Soccorso, la struttura ha garantito da un lato prestazioni adeguate ai cittadini, soprattutto quelli che presentavano patologie di bassa complessità che spesso sfociavano in ricoveri impropri, determinando così un'occupazione inadeguata di posti letto, e dall'altro, con la ridotta ospe-

dalizzazione, è stata garantita una maggiore integrazione con il territorio attraverso la continuità di cura con i medici di assistenza primaria (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta). Inoltre i dati di attività evidenziano il potenziamento delle attività di ricovero in regime diurno, attraverso la riorganizzazione dei protocolli assistenziali per numerose patologie a forte impatto socio-assistenziale (diabete, ipertensione arteriosa, malattie respiratorie) e quelle relative alla piccola chirurgia. Per migliorare l'efficacia di tale intervento sono state avviate le procedure per il potenziamento dei ricoveri in regime di DH attraverso la centralizzazione per aree omogenee (area medica, chirurgica, di alta specializzazione) dei posti letto destinati a tali attività.

Ulteriori risultati in termini di contenimento dei ricoveri impropri sono stati determinati dal potenziamento dell'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale.

Il contenimento delle liste di attesa consequenziali a tale policy è stato poi perseguito attraverso una azione combinata di potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale e di regolamentazione della domanda delle stesse, attraverso la condivisione con i medici prescrittori:

- ▶ di protocolli prescrittivi su alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata, quali per esempio gli esami ecodoppler vascolari periferici;
- ▶ di modalità di accesso per classi di priorità in rapporto alla gravità clinica del paziente, che a breve saranno estese ad altre

prestazioni strumentali, soprattutto quelle ad alto contenuto tecnologico (TAC, RMN).

L'insieme coordinato di tali azioni ha consentito una graduale diminuzione del numero di ricoveri ordinari, che è passato dai 29.660 del 2003 ai 24.275 del 2008, e un corrispondente incremento dei ricoveri in DH, che è passato dagli 11.846 del 2003 ai 15.028 del 2008.



STUCCHI. Per affrontare sempre meglio il problema del trattamento dell'acuzie in ospedale e delle forme patologiche che invece necessitano di trattamenti diversi e meno



intensivi, garantendo al contempo l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza, l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha avviato una serie di percorsi che consentano di dare concretezza al potenziamento dei servizi alla persona e diano un impulso sempre maggiore alla costruzione di una rete a livello territoriale.

Tra queste iniziative segnaliamo:

- ▶ le cure domiciliari oncologiche che si traducono nell'ospedale a domicilio per malati oncologici in fase terminale;
- ▶ il potenziamento della rete ambulatoriale nel territorio della provincia di Mantova. A que-

sto proposito si citano alcuni esempi quali: lo sviluppo dell'odontoiatria e delle attività di riabilitazione anche con la partecipazione del privato;

- ▶ la rivisitazione, in accordo con la ASL, delle attività ambulatoriali;
- ▶ la costruzione di sinergie, integrazioni professionali e percorsi condivisi con i medici di medicina generale;
- ▶ il potenziamento del settore 'continuità assistenziale', che consente di studiare percorsi personalizzati per i pazienti in dimissione;
- ▶ l'implementazione di strumenti informativi che permettano di cogliere la domanda di cura e di assistenza e di modularla sempre più ai bisogni del singolo utente secondo criteri di appropriatezza, tempestività, efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni offerte.

L'AIFA ha licenziato i dati di consuntivo della spesa farmaceutica pubblica 2009, confermando quello che si temeva: mentre il tetto della spesa territoriale ha tenuto, fermandosi a quota 13,7%, la spesa ospedaliera è esplosa attestandosi al 3,6% del Fondo Sanitario Nazionale contro il 2,4% programmato. Considerato che le prime tre categorie a maggiore incidenza di spesa sono rappresentate da terapie per le quali difficilmente si può parlare di 'inappropriatezza' di prescrizione (anticorpi monoclonali, preparati

antiemetici, inibitori del fattore alfa di necrosi tumorale), pensa che sia venuto il momento di individuare nuove strategie di risparmio?



DE COSTANZO. L'incremento registrato negli ultimi anni della spesa farmaceutica ospedaliera può essere sicuramente correlato, anche se non in toto, all'introduzione di nuove e costose terapie, specie in campo oncologico. Evidentemente su questo fronte è difficile individuare strategie per la riduzione dei costi della spesa farmaceutica ospedaliera anche perché per tali terapie difficilmente si può parlare di inappropriatezza prescrittiva. Pertanto occorre individuare una serie di nuove strategie di risparmio basate sull'utilizzo massivo di strumenti informatici finalizzato anche all'accertamento dell'appropriatezza prescrittiva nei reparti. L'Azienda Ospedaliera San Carlo, nel corso degli ultimi anni, ha messo in atto su tale tematica, in linea con le direttive regionali, una serie di azioni volte a ridurre la spesa farmaceutica ospedaliera. Sono state introdotte linee guida per l'appropriata prescrizione dei farmaci ed è stato sperimentato un sistema di distribuzione degli stessi, basato su armadi informatizzati, con un monitoraggio completo di tutto l'iter interno del farmaco. Inoltre è in corso di avvio l'informatizzazione completa del ciclo di acquisto (ordine al fornitore, bolla, fattura, acquisizione a magazzino, etc.) dei principali farmaci. La riorganizzazione aziendale, discendente dall'atto aziendale re-



centemente approvato, mette poi a sistema tutte le azioni finora intraprese, portandole a regime tramite un'organizzazione a matrice basata da un lato sul potenziamento delle attività e funzioni di tipo dipartimentale (atta a garantire una gestione comune e condivisa di risorse umane, tecnologiche e assistenziali - Dipartimenti Strutturali) e dall'altro un'organizzazione avente, come criterio di aggregazione, il coordinamento di percorsi per la diagnosi, la terapia ed il follow-up delle patologie e/o il coordinamento delle attività assistenziali per ottimizzare i percorsi dell'utenza (Dipartimento Funzionale).

Il risultato combinato delle azioni messe in atto consentirà di ottimizzare ancor più i costi della spesa farmaceutica, intervenendo contemporaneamente sull'appropriatezza prescrittiva (tramite la messa a regime di protocolli assistenziali redatti sulla base di evidenze scientifiche) e sulla piena gestione informatizzata del percorso del farmaco dall'ordine alla sua somministrazione a letto del singolo paziente.



STUCCHI. Il contenimento delle spese, o meglio la puntuale e corretta gestione delle risorse, è ai primi posti tra le priorità che quotidianamente stiamo perseguendo.

A livello generale è utile ricordare che non è agevole, e forse neppure efficace, prefiggersi l'obiettivo di razionalizzare la spesa farmaceutica senza costruire regole chiare e vincolanti a livello regionale.

Entrando nello specifico, l'introduzione a livello di Regione Lom-

Non è né agevole né efficace prefiggersi l'obiettivo di razionalizzare la spesa farmaceutica senza costruire regole chiare e vincolanti a livello regionale.

bardia di un prontuario farmaceutico 'unico', per lo meno negli elementi comuni (che sono la maggior parte) da utilizzare per le Aziende Ospedaliere e Sanitarie, può rappresentare davvero una risposta concreta.

Accanto a questo occorre fornire costante sostegno, formazione ed informazione ai professionisti della salute creando una rete dove, seppure nella garanzia dell'autonomia del singolo professionista, le esperienze e le conoscenze possano davvero divenire patrimonio comune.

Un altro elemento interessante può derivare dall'incremento dell'utilizzo dei farmaci generici.

Da ultimo una proposta, che necessiterà certamente di analisi approfondite ai diversi livelli istituzionali (nazionali e regionali), è data dal contingentamento a livello nazionale del costo dei farmaci per le Aziende Sanitarie e per il cittadino che si reca in farmacia.

Per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario in concomitanza con la crisi economica che stiamo vivendo a livello mondiale si sottolinea sempre di più l'esigenza di introdurre



la ricetta elettronica e di creare il fascicolo elettronico personale di ogni paziente. Il Piano eGov 2012 del Ministero dell'Innovazione parla addirittura di un risparmio di due miliardi entro il 2010. La realizzazione di questo piano è davvero così vicina nei nostri ospedali?



DE COSTANZO. Per affrontare la sfida posta al management delle Aziende

Ospedaliere e Sanitarie di conciliare l'esiguità delle risorse economiche a disposizione con il crescente fabbisogno sanitario connesso all'aumento dell'età della popolazione, e conseguentemente delle malattie croniche, delle pluripatologie negli anziani, etc., occorre procedere ad individuare nuovi strumenti, nuove modalità organizzative e misurarsi con nuovi modi di erogare l'assistenza, come il teleconsulto e la teleassistenza, che oggi sono una realtà diffusa in tutto il mondo occidentale.

In questo contesto, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta la chiave di volta per la gestione di informazioni cliniche individuali, direttamente riferibili alle persone cui afferiscono, raccolte in occasione di tutti gli eventi di tipo sociosanitario che si verificano nel corso dell'esperienza di vita dei cittadini. Risulta evidente che la realizzazione del FSE come "luogo dove vengono raccolte informazioni sugli eventi sanitari del cittadino/paziente dalla sua nascita, mano a mano che vengono generati" è ancora un obiettivo da realizzare e, sebbene siano nume-

rose da tempo le iniziative ed i progetti espressamente finalizzati a questo obiettivo, le implementazioni di questa infrastruttura sono solo ora in fase avanzata nelle varie Regioni italiane così come in alcune nazioni europee.

Ciò è principalmente dovuto alla difficoltà di reperimento delle informazioni sanitarie del cittadino a causa della mancata informatizzazione dei dati clinici derivanti dagli atti medici di diagnosi e cura, che oggi investe buona parte delle Unità Operative di degenza.

Fortunatamente la Regione Basilicata ha da tempo realizzato un sistema informativo sanitario regionale completo, su cui possono facilmente innescarsi questi strumenti informatici di secondo livello. Sono state anche approvate le direttive per la telemedicina a supporto della rete dello scorporo e dell'IMA, è stato realizzato un sistema regionale basato su web per il teleconsulto e per la consegna online dei referti delle prestazioni specialistiche, si sta avviando un sistema regionale di Ris-Pacs e si è dato corso alla realizzazione del FSE.

In particolare, in riferimento a quest'ultimo, la Regione Basilicata ha attivato uno specifico progetto, in collaborazione con l'Istituto di Tecnologie Biomediche del CNR, denominato LUMIR, finalizzato alla realizzazione e sperimentazione di un modello di Fascicolo Sanitario Elettronico regionale interconnesso ai fascicoli sanitari elettronici in via di realiz-

zazione da parte delle altre Regioni partecipanti al progetto nazionale di 'Rete dei Medici di Medicina Generale'.

Questo progetto ha visto la partecipazione attiva dell'Azienda Ospedaliera San Carlo sia durante la fase di produzione che di sperimentazione del primo prototipo di FSE regionale. Terminata questa fase, si è avviato il processo di messa a regime, per alcune specifiche patologie croniche, del FSE con un forte interessamento dell'Azienda Ospedaliera sia per la fase di degenza che di refertazione delle prestazioni ambulatoriali strumentali e specialistiche.

Per quanto sopra, ritengo – almeno con riferimento alla nostra realtà regionale ed a quella di molte regioni italiane dove il processo di informatizzazione è stato da tempo avviato – che questo piano sia davvero fattivamente tangibile anche se richiede una riorganizzazione dei processi di assistenza e dei modelli organizzativi basata sulla continuità dell'assistenza e sulla collaborazione tra tutti gli operatori sociosanitari che, insieme con



il cittadino, riceveranno significativi benefici dalla diffusione e dalla riorganizzazione dei sistemi e delle reti informatiche a livello regionale e nazionale.



STUCCHI. L'informatizzazione deve divenire un punto di forza per le pubbliche amministrazioni e questo obiettivo oggi non è più derogabile.

La cultura sanitaria (e anche l'ingegneria sanitaria) in Italia non tiene nella giusta considerazione l'importanza di dotarsi di servizi informativi adeguati e rispondenti alle esigenze del cittadino, dei professionisti sanitari e dell'organizzazione complessiva dei servizi sanitari e alla persona.

La Regione Lombardia, attraverso il SISS (Sistema Informativo SocioSanitario), ha costruito un modello che si sta avviando a divenire una base di riferimento nazionale ed internazionale.

Il SISS pone al centro del sistema sanitario regionale il cittadino, utilizzando una "piattaforma informatica che permette di connettere in rete i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e tutte le strutture sociosanitarie regionali, creando un unico sistema informativo".

È quindi necessario, seguendo la via tracciata dalla Regione Lombardia, che, almeno a livello regionale, siano implementati modelli e standard che consentano alle istituzioni sanitarie (e della pubblica amministrazione) una gestione informativa efficiente, che ponga veramente al primo posto la centralità del cittadino e la creazione di servizi a misura di persona.

Uno studio pubblicato su *Health Affairs* (Casalino et al, *Health Affairs* 2009; 28; w533- w543) ha calcolato che in America il tempo impiegato dai medici a interagire con i piani assicurativi dei pazienti ha un costo che varia dai 23 ai 31 miliardi di dollari ogni anno. Non c'è il rischio che anche in Italia i costi amministrativi aumentino in modo eccessivo con l'introduzione di forme di compartecipazione ai costi da parte dei fruitori, come auspicato nel Libro Bianco del Ministro Maurizio Sacconi?



DE COSTANZO. Il costo delle attività amministrative è aumentato negli ultimi anni soprattutto dopo l'introduzione del sistema di pagamento prospettico delle strutture (sistema DRG). L'introduzione di ulteriori forme di compartecipazione da parte dei fruitori determinerà sicuramente un ulteriore carico di attività e quindi di costo per la struttura, che potrebbe essere mitigato solo da un corrispondente forte incremento dei sistemi informatici e dalla loro interconnessione a livello di rete nazionale.



STUCCHI. Le prospettive del welfare proposte dal Libro Bianco ministeriale non sono a mio avviso da intendersi in termini di aumento dei costi per i cittadini, bensì si possono considerare come la base di una responsabilizzazione forte, richie-

sta ad ogni attore sociale: dall'istituzione al singolo.

Ogni scenario è disegnato sulla base delle esigenze della domanda, che per sua stessa natura è flessibile e votata all'evoluzione e al cambiamento. Lo scenario futuro disegnato per gli ospedali nel modello ministeriale si basa sul rinforzo delle reti di collaborazione tra professionisti, sul rinsaldarsi di legami tra ospedale e medicina generale, sull'estensione dell'assistenza declinata tanto ai pazienti acuti quanto alla lungodegenza.

Cambia l'offerta sanitaria e si amplia la possibilità del cittadino di scegliere il tipo di partecipazione alla spesa in rapporto alla sua domanda di salute: non prevedo, però, che il sistema di welfare proposto sia paragonabile con il sistema americano, perché è sempre e comunque basato sulla sussidiarietà e sull'etica della centralità del paziente. ■



Le strategie integrative al contenimento della spesa farmaceutica



INTERVISTE A

VALERIO ALBERTI

Direttore Generale,
ULSS 3 Bassano (VI)
e coordinatore dei Direttori
Generali della Regione Veneto



ROBERTO TESTA

Direttore Generale, ASL,
Provincia di Bergamo



La nuova sanità dovrà puntare sempre di più sulla sua 'sostenibilità', come ha ribadito il Ministro Sacconi nel Libro Bianco sul futuro del Welfare. Nella sua esperienza di Direttore Generale di un'Azienda Sanitaria, quali azioni di risparmio e contenimento dei costi messe in atto hanno già dato risultati particolarmente significativi?



ALBERTI. È necessario premettere che la costosità di un Sistema Sanitario Regionale può essere ricondotta a due grandi aree di competenza (a

dato nazionale costante). La prima è riconducibile al tema della programmazione dei servizi a livello regionale (quanti ospedali, quanto specializzati, quanto investimento sui servizi territoriali e sul sociale, etc) e di sistemi generali di regolazione (tariffe, politiche di centralizzazione degli acquisti, diffusione delle tecnologie ad alto costo, etc); la seconda area riguarda il livello di gestione aziendale. In quest'ultimo caso, un capitolo particolarmente significativo è quello dei beni sanitari, voce a più alto tasso di crescita nel tempo. Il governo di queste voci (dispositivi medici, farmaci, etc) richiede una politica incisiva sia sul territorio che in ospedale.

Sul territorio la chiave è costituita dal rapporto con i medici di famiglia, promuovendo la prescrizione di farmaci e di prestazioni specialistiche secondo i principi dell'appropriatezza in applicazione di linee guida condivise che garantiscano l'efficacia terapeutica e diagnostica al minor costo possibile. Tutto ciò deve avvenire in un sistema di governo che coinvolga i professionisti, che preveda chiari obiettivi basati sulle evidenze scientifiche e un sistema di verifiche periodiche per un confronto continuo.

Per quanto attiene l'ospedale, una seria gestione del sistema di budget che definisca con gli specialisti ospedalieri obiettivi prestazionali e di qualità (nonché relativa costosità) costituisce l'aspetto chiave per un contenimento dei costi che non vada a scapito della qualità dei servizi.

Al centro di questi programmi sia per l'ospedale che per il territorio ci sta sempre la capacità di una amministrazione di dialogare e di coinvolgere il mondo dei professionisti in progetti qualitativi che tengano conto delle risorse disponibili.

Un ulteriore aspetto rilevante per le economie aziendali è quello legato alle iniziative di riorganizzazione dei servizi in chiave più moderna ed efficiente, allo spostamento ad esempio di ricoveri ordinari al regime di day hospital e ambulatoriale e riorganizzando le degenze (per esempio, week surgery, one-day surgery, aree omogenee, etc).



TESTA. Come credo che oramai sia noto a tutti, le ASL lombarde gestiscono direttamente l'area della prevenzione e dell'assistenza territoriale di base. Non gestiscono l'erogazione dei servizi sanitari di diagnosi e cura per cui la capacità di generare un 'risparmio' reale nei costi del sistema è praticamente nulla perché la ASL non può incidere sui costi di produzione dei servizi, che sono i reali determinanti dei costi inappropriati (= sprechi, diseconomie, truffe, etc.) per il sistema sanitario.

Alla ASL è residua la gestione diretta dell'area della prevenzione e dell'assistenza territoriale attraverso i medici di assistenza primaria, i

Al centro di ogni programma di contenimento dei costi che voglia anche garantire la qualità dei servizi deve esserci sempre la capacità dell'amministrazione di dialogare con il mondo dei professionisti.

pediatri di famiglia ed i medici di continuità assistenziale.

In questa cornice l'Azienda Sanitaria può, al massimo, agire per ottimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate.

Quindi, a parte le azioni poste in campo nell'ambito della prevenzione, di cui però vedremo gli effetti sulla salute della popolazione a lungo termine, in quanto volte a contrastare l'effetto dei fattori di rischio delle patologie cronico-degenerative, il punto in cui è possibile la massima ottimizzazione della spesa è quello di interfaccia tra territorio ed ospedale.

In questo senso sono state sviluppate le iniziative per la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali dei pazienti, per garantirne anche la continuità di cu-

ra nonché l'azione di contrasto dell'inappropriatezza prescrittiva dei medici di assistenza primaria.

Una delle parole chiave del nuovo welfare, in grado di garantire il passaggio da un'impostazione puramente assistenziale a quella delle responsabilità condivise, è l'integrazione socio-sanitario-assistenziale. A questo proposito, siete in grado di venire incontro in modo soddisfacente alle esigenze di una popolazione anziana sempre in aumento e all'incremento delle patologie croniche?



ALBERTI. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche costituiscono la grande sfida per i servizi di oggi e di domani.

Il problema della cronicità ha la sua naturale soluzione nei servizi di assistenza primaria e nell'integrazione sociosanitaria.

Medici di famiglia, servizi distrettuali, strutture intermedie e assistenza domiciliare costituiscono (in collegamento con l'ospedale) i punti di risposta sui quali ancorarsi.

Investire in questi settori non significa solo spendere di più, ma anche riqualificare la risposta sia attraverso un ruolo più incisivo dei singoli attori (MMG, case di riposo, etc.), ma anche attraverso una loro maggiore connessione funzionale per una presa in carico del cronico.

Su questo piano è fondamentale l'integrazione con il sociale dei Co-

muni, in Veneto già molto sviluppata, che sola può permettere lo sviluppo di alcuni servizi quali l'assistenza domiciliare.



TESTA. Da tempo stiamo lavorando per poter garantire la cosiddetta

'continuità della cura' agli assistiti, soprattutto quelli anziani o fragili, attraverso accordi e intese di coordinamento con i medici di assistenza primaria, le strutture sanitarie accreditate e le strutture socio-sanitarie. È una attività complessa che richiede notevoli sforzi per l'allineamento di tutte le risorse disponibili rispetto a processi terapeutici ed assistenziali imperniati sull'assistito e non sulla malattia, come invece sono abituate a fare le strutture erogatrici, a cui storicamente è stato chiesto di specializzarsi più nella risposta alle acuzie che non nella gestione della cronicità. Ma devo rilevare positivamente il fatto che anche tra gli erogatori si assiste ad un ripensamento del proprio ruolo. Alcune strutture private di ricovero hanno, infatti, manifestato il loro interesse ad accreditarsi anche come erogatori di assistenza domiciliare, in modo tale da poter assistere i pazienti dimessi anche a livello territoriale.

La domanda di salute da parte dei cittadini è sempre più alta, mentre le risorse economiche diminuiscono. Non ci sono dubbi. Che possibilità ci sono di affrontare questo problema non solo in un'ottica di razionalizzazione

dell'offerta delle prestazioni, ma anche di investimenti per la sanità in considerazione dell'indotto economico che ruota attorno alle Aziende Sanitarie?



ALBERTI. Il continuo aumento della richiesta di servizi per l'assistenza ad una popolazione sempre più anziana (nel 2050 è previsto un indice di vecchiaia di 264 anziani per 100 giovani) porta inevitabilmente ad un continuo aumento della spesa sanitaria.



I nuovi orientamenti di gestione dei servizi sono perciò indirizzati alla razionalizzazione degli stessi attraverso l'analisi dei processi e quindi dei risultati.

Dato che il capitale umano è essenziale per produrre economia e dato che la salute è componente fondamentale per l'uomo, si deve dedurre che la salute sia prioritaria per raggiungere risultati economici. La logica deduzione è che investire in salute vuol dire influenzare lo sviluppo socio-economico.

La visione che i consumi della sanità pubblica siano intesi solo come spesa/deficit non considera il fatto che la gestione del sistema sanitario moderno è orientata ad implementare azioni e strategie intersettoriali e multisettoriali che abbracciano altre aree di produttività.

L'Azienda Sanitaria, in quest'ottica di impresa, interagisce con altri attori e contribuisce allo sviluppo della distribuzione del reddito e dell'occupazione; deve essere quindi considerata come valore aggiunto che genera occupazione e 'ricchezza'.



TESTA. Farei una premessa. Mentre grandi compagnie aeree sono fallite o sono state salvate in extremis, altre, del genere lowcost, sopravvivono bene: io credo che dovremmo imparare dalla gestione 'senza fronzoli' di queste aziende se vogliamo che il Servizio Sanitario abbia un futuro. L'incremento dell'efficienza da parte delle strutture pubbliche, come ho già detto prima, non è una opzione, ma una necessità; e questa può arrivare da una alleanza tra manager e clinici, tra strutture e territorio. L'impatto

di nuove tecnologie potrebbe essere significativo solo nella misura in cui consentirebbe di mantenere il paziente al suo domicilio, ovvero di monitorarlo a distanza facendo intervenire al bisogno le componenti territoriali ed evitare il suo ricovero. O ancora, attraverso il monitoraggio dei consumi con metodiche di tracciatura del paziente. Per quello che mi è stato possibile constatare finora, però, l'evoluzione tecnologica applicata alla sanità, al contrario di quello che avviene in qualsiasi altro settore, invece di ridurre i costi li ha solo aumentati ed è tutta da valutare la sua efficacia nel determinare l'outcome per il paziente. Infatti, se riflettiamo, abbiamo fatto passi da gigante nella diagnostica, ma non altrettanto nella terapia. Le faccio un altro esempio: i costosissimi farmaci innovativi per il trattamento dei tumori sono stati immessi in commercio sulla base di studi di 'non inferiorità' rispetto alle terapie standard: vuol dire che il loro utilizzo porta solo a vantaggi marginali rispetto alla durata della vita del paziente o rispetto alla qualità della sua vita a fronte di costi elevatissimi.

In un'ottica di estrema valorizzazione della medicina territoriale, ritenete che l'autonomia aziendale sia un elemento chiave sufficiente perché ogni singola azienda possa rispondere meglio alle esigenze del proprio territorio o pensate che sia importante anche istituire un sistema premiante che tenga conto del

raggiungimento da parte di ogni azienda di obiettivi non necessariamente solo economici, ma anche di soddisfazione dei cittadini a livello di performance cliniche e sociosanitarie?



ALBERTI. Non c'è contraddizione tra i due aspetti: l'autonomia aziendale è un valore che in questi anni ha dimostrato efficacia nella corretta interpretazione dei bisogni specifici del territorio e una risposta coerente a questi bisogni è una delle chiavi di successo del sistema dell'aziendalizzazione che ha dato certamente buoni risultati nel Veneto.

Viceversa una standardizzazione di risposte preordinate per i diversi territori certamente non sarebbe stata in grado di rispondere a esigenze specifiche.

Contemporaneamente ritengo di assoluta importanza per l'Azienda, accanto agli obiettivi di sostenibilità economica, la misurazione di performance cliniche, sociosanitarie e di soddisfazione del cittadino, in quanto la missione finale dell'Azienda Sanitaria è fare 'salute'.

Un sistema premiante rivolto anche ad obiettivi di questo tipo ritengo sia un'evoluzione positiva dei Sistemi Sanitari Regionali.



TESTA. Quello dell'autonomia aziendale è un mito che si scontra quotidianamente con la fatica di mediare i bisogni degli assistiti con le risorse disponibili, nella cornice delle regole e delle leggi. Lo spazio di manovra è quindi molto limitato. La proposta di legare una parte della remunerazione al raggiungimento di obiettivi di performance clinica è molto interes-



sante, ma non è nuova: è stata introdotta nel contratto dei medici di base inglesi (General practitioner) nel 2004 e negli Stati Uniti è stata introdotta dalle HMO come "P4P" cioè "Pay for performance". Il sistema di valutazione inglese misurava 135 indicatori e, per sostenere l'introduzione di questo sistema, il NHS ha messo in campo nei primi 3 anni di applicazione più di 3 miliardi di sterline per finanziare l'aggiornamento dei sistemi informativi e tecnologici, l'aumento del numero di medici di base del 12%, l'assunzione di personale di studio e infermieristico e l'aumento sostanziale della remunerazione dei medici stessi. Il principale risultato ottenuto è stato quello di ridurre la disuguaglianza di accesso all'assistenza. Mi chiedo se esistono in questo momento nel sistema sanitario italiano le risorse per sostenere questo tipo di approccio.

Le misure sulla farmaceutica approvate nell'ambito del Decreto Legge sugli interventi di sostegno alle popolazioni colpite dal sisma prevedono un taglio al tetto della spesa farmaceutica territoriale pari a 400 milioni di euro (portandola al 13,6% del FSN). Dal momento che si tratta di un intervento su una voce di spesa in realtà oggi sotto controllo rispetto ad altre della sanità, non c'è il rischio di penalizzare soprattutto l'accesso di tutti i cittadini ai farmaci innovativi?



ALBERTI. Questo è un tema di particolare rilevanza e con forti risvolti etici, perché negare l'accesso a farmaci innovativi ed efficaci costituirebbe un serio problema per i livelli di assistenza. È noto peraltro che alcuni farmaci innovativi in particolare hanno elevate costi, difficilmente compatibili con il bilancio aziendale.

Una strada possibile per evitare di intraprendere una strada di pura crescita dei costi per progressivo accumulo è quella di impegnarsi in modo incisivo per coprire il prezzo dell'innovazione, almeno in parte, attraverso una rigorosa politica di appropriatezza nel resto della spesa, ad esempio con la prescrizione più mirata delle altre categorie di farmaci di uso comune.



TESTA. Più che 'sotto controllo' direi che la voce relativa alla spesa farmaceutica sia quella su cui è stato più facile intervenire, data anche la dinamica del mercato dei farmaci. L'introduzione dei 'farmaci generici' ha sicuramente aiutato a mantenere in equilibrio il sistema, ma il loro impatto economico è limitato: nella ASL di Bergamo il 47% dei farmaci venduti è 'generico', ma questi ultimi rappresentano solo il 26% della spesa. Il problema dell'industria farmaceutica è che, se fino alla fine degli anni settanta era relativamente facile 'scoprire' e introdurre nuovi farmaci sul mercato, attualmente i farmaci realmente innovativi sono pochissimi, perché richiedono tecniche sofisticate di indagine e produzione. Interagendo a livelli sempre più complessi con l'organismo,

La farmaceutica è la voce di spesa su cui è stato più facile intervenire e i 'generici' hanno sicuramente contribuito a mantenere in equilibrio il sistema, anche se il loro impatto economico è limitato.

inoltre, i costi di ricerca e sviluppo sono sempre più alti e finiscono per riflettersi sui 'consumatori'. Bisogna però considerare che il prezzo dei farmaci non viene determinato in base ad una valutazione economica del suo costo industriale, ma, fondamentalmente, sulla base del costo che può sopportare il mercato in quel momento; quindi – come dicono gli americani – l'industria farmaceutica chiederebbe anche un braccio, se il mercato potesse permetterselo. E con la situazione economica attuale non credo che il sistema potrà sopportare a lungo il costo di questi farmaci. L'unica speranza è che in qualche modo il loro costo si adatti alla disponibilità a pagare del mercato e si riduca nel tempo. Altrimenti l'alternativa, che nessuno auspica, sarà quella del razionamento dei farmaci più costosi. ■



INTERVISTA A

**FRANCO
PETRAMALA**

Direttore Generale,
Azienda Sanitaria Provinciale
e Direttore Generale ad interim,
Azienda Ospedaliera, Cosenza

filo diretto



Gli strumenti per contenere la spesa sanitaria e investire in sanità

Quali misure di contenimento dei costi attuate nella sua Regione hanno dato i migliori risultati senza incidere in modo negativo sulla domanda di salute dei cittadini?

La gestione delle risorse nell'ambito della sanità calabrese (e non solo calabrese) rappresenta un nodo delicato e non esistono ricette facili. Partendo dalla mia esperienza di amministratore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza posso senz'altro affermare che contenere le spese non solo è possibile, ma lo si può fare tenendo nell'adeguata considerazione sia le legittime esigenze di risparmio dell'Azienda, sia i bisogni del cittadino utente, sia le aspirazioni del personale.

Da quando sono alla guida di questa ASP, poco più di un anno, abbiamo attuato misure di contenimento dei costi che hanno consentito di far rientrare il deficit di

bilancio del 38% rispetto al 2007. Un risultato ottenuto senza rinunciare a stabilizzare una fetta consistente di personale precario e senza gravare ulteriormente sulla spesa. La strategia più efficace rimane quella della lotta agli sprechi. Per farle qualche esempio delle misure adottate, potrei citare l'esternalizzazione della manutenzione o i tagli alle consulenze. Provvedimenti che rientrano, naturalmente, in un ben più ampio programma di razionalizzazione dei servizi sanitari.

Integrazione sociosanitaria e assistenziale per venire incontro alle esigenze dei pazienti anziani e cronici. A che punto siamo nel Mezzogiorno?

In riferimento al rapporto tra la sfera sanitaria e sociale, un rapporto senz'altro delicato, è indubbio che nel Mezzogiorno storicamente si sia consumata una frattura tra questi due settori. Infatti, nonostante si fossero dati tutti i presup-

posti per l'attuazione della Legge 833 del 1978, di fatto l'integrazione tra il sociale e il sanitario rimane ancora una frontiera da conquistare. Da manager constato quasi quotidianamente che proprio questo è il nodo per mezzo del quale sarebbe possibile il riscatto, se così vogliamo definirlo, di un sistema sanità congestionato. Il sistema sanitario in Calabria, ma anche in molte altre Regioni d'Italia, ha bisogno di un rinnovamento che, secondo il mio modo di vedere, deve passare per un ripensamento del ruolo di medico di medicina generale e dell'assistenza domiciliare. I cosiddetti medici di base non possono essere relegati a un ruolo di secondaria importanza, ma devono riappropriarsi della loro funzione, riassumendo il ruolo di tutor del paziente. Non rappresentano, infatti, solo la finestra d'accesso al sistema sanitario, ma devono continuare a seguire l'assistito in tutte le fasi che lo riguardano, a cominciare dalla prevenzione. L'assistenza domiciliare deve essere finalmente istitu-

zionalizzata e abbandonare il carattere di sperimentality che l'ha finora contraddistinta, almeno nel Mezzogiorno. Quando questa rivoluzione, già in atto nella nostra ASP, sarà completa allora sarà possibile dare risposte sempre più adeguate ai bisogni di tutte le categorie di pazienti, e in particolare di quelle più esposte come possono essere gli anziani o i malati cronici. Per far fronte alle esigenze di una crescente popolazione anziana, inoltre, abbiamo in cantiere la realizzazione di RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) che verranno realizzate secondo modelli organizzativi e gestionali non ospedalieri, ma ispirati al criterio della personalizzazione: piccoli gruppi e continuità assistenziale, individuazione nominativa degli operatori per gruppi di anziani.

Quali settori potrebbero essere potenziati in un'ottica di investimenti per la sanità?

Come le dicevo, noi riteniamo fondamentale puntare sulla capacità di fare esplodere le potenzialità della medicina generale e dell'assistenza domiciliare. Settori che potranno decidere il destino della sanità e non solo di quella calabrese. Rafforzando questi comparti, come già avviene altrove, riteniamo possibile decongestionare il sistema ospedaliero e innescare il processo di rinnovamento di un sistema sanitario vecchio e troppo frammentato. Un processo già innescato con la decisione di accorpare le ASL. Gli investimenti non possono conti-

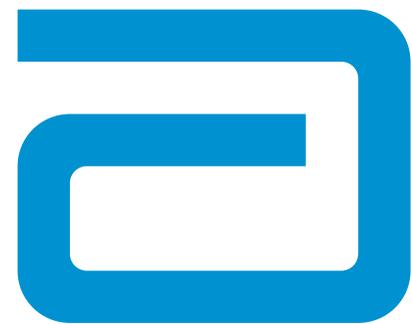
nuare ad essere frammentati, ma devono essere concentrati. Bisogna, dunque, stabilire dei criteri di priorità e in particolare puntare sulle eccellenze. Tra i progetti già realizzati, la scommessa che abbiamo fatto sulla teleradiologia si è dimostrata vincente. Sfruttando le potenzialità delle nuove tecnologie abbiamo messo in rete otto Presidi Ospedalieri che possono interagire scambiandosi dati e referti e quindi giudizi diagnostici. In pratica, una radiografia fatta in uno di questi ospedali può essere letta per la refertazione da un medico anche se in servizio a distanza.

Questo sistema consente di ottenere una serie di vantaggi: sopperisce alla mancanza di radiologi, la cui presenza è esigua su tutto il territorio nazionale, abbatte le liste d'attesa, garantisce i livelli di assistenza in tutti gli ospedali, permette di evitare ricoveri impropri. Si tratta anche di uno strumento fondamentale per gestire le emergenze in sicurezza. Nel caso di politraumi, per esempio, il paziente può essere trasferito, se necessario, dopo il teleconsulto con la Neurochirurgia. E tutto questo non solo non grava sui conti della sanità, ma si traduce in un risparmio per il sistema e in maggiori benefici per il paziente.

L'autonomia aziendale è sufficiente perché ogni singola azienda possa rispondere meglio alle esigenze del proprio territorio o è fondamentale istituire anche un sistema premiante che tenga conto degli obiettivi raggiunti?

Parlando di sanità il solo parametro economico non può mai risultare sufficiente per valutare la performance di una ASL, così come l'autonomia non può essere intesa in termini di arbitrarità, ma come possibilità di interpretare le esigenze del territorio. Per ciò che attiene alla valutazione degli obiettivi, si deve tenere sempre presente che si tratta di un ambito dove le variabili in gioco sono talmente tante che liquidare la questione in termini di raggiungimento dei risultati rischia di essere fuorviante e pericoloso. Spesso, infatti, bisogna avere anche il coraggio di assumersi la responsabilità di scelte impopolari, ma necessarie per attivare processi di rinnovamento.

È ormai evidente, inoltre, che la stessa Legge 502/92, insieme al nuovo metodo di gestione (regionalizzazione dell'amministrazione della sanità, finanziamenti a prestazione, aziendalizzazione più o meno accentuata a seconda delle diverse legislazioni regionali, gestione budgetaria delle unità operative), ha posto nuovi problemi. Se da un lato ha consentito di mettere in luce alcune verità nascoste, ad esempio alcuni dati di produttività, ovvero di spreco e di parassitismo, dall'altro ha fatto sì che l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie fosse concepita in troppi casi come gretto meccanismo contabile e non come modo per dare spazio anche nei servizi statali/regionali ad una creatività e ad una imprenditorialità 'dal basso', tesa a produrre servizi competitivi, cioè più efficienti e più adeguati alla domanda dei cittadini. ■



La nostra passione
per la scienza...
è una promessa per la vita

