

# THEMA

*Protagonisti della sanità* numero 1 2010

**TOMMASO FIORE ANDREA GUERZONI**  
**PATRIZIO BIANCHI AMBROGIO BERTOGLIO**  
**GIUSEPPE CAROLI GIACOMO SAMPIERI**  
**ANGELO GIUSTO**



*Recessione economica  
e salute*

## Fuori Thema

Per controllare l'impatto sui bilanci sanitari e sulla salute della crisi economica che stiamo vivendo è necessario intervenire su più aspetti, dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, al controllo dei costi farmaceutici e dell'innovazione tecnologica, alla gestione del personale, dei beni e dei servizi.

È in un certo senso da ripensare il concetto stesso di economia per porre le basi di un nuovo modello di sviluppo che sia in grado innanzitutto di capitalizzare la risorsa più preziosa, quella della 'conoscenza' dei professionisti, e di valorizzare aspetti altrettanto importanti quali la formazione, la qualità delle relazioni e la capacità di innovazione.

Sarà anche sempre più importante che il cittadino abbia gli strumenti per fare scelte consapevoli sulla propria salute e che i professionisti della sanità si sentano sempre più partecipi del proprio lavoro.

Questa la strada per trovare l'equilibrio migliore tra le risorse impiegate e la necessità di garantire un accesso equo a prestazioni sanitarie efficaci.

## THEMA numero 1 2010

Supplemento al n. 1 – 2010 di *Politiche sanitarie*  
[www.politichesanitarie.it](http://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](http://www.pensiero.it)  
telefono +39 06 862821  
fax +39 06 86282250  
[pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)

**Progetto grafico e impaginazione:** Typo, Roma

**Immagini:** ©2010 Photos.com

**Stampa:** Arti Grafiche Tris  
Via delle Case Rosse, 23 – 00131 Roma  
Finito di stampare il 30 marzo 2010

© 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



Formazione e prevenzione per favorire nuovi modelli di sviluppo

**TOMMASO FIORE**

4



I professionisti della sanità come operatori della conoscenza

**ANDREA GUERZONI**

7



La salute tra i motori dell'economia

**PATRIZIO BIANCHI**

9

Interventi possibili per il governo della spesa sanitaria



**AMBROGIO BERTOGLIO**



**GIUSEPPE CAROLI**



**GIACOMO SAMPIERI**

14



Promuovere l'appropriatezza per governare i costi

**ANGELO GIUSTO**



# Formazione e prevenzione per favorire nuovi modelli di sviluppo



INTERVISTA A  
**TOMMASO FIORE**  
Assessore alla Sanità, Regione Puglia

**Secondo lei qual è la singola, grande cosa sulla quale bisognerebbe intervenire per ridurre la spesa sanitaria in Italia?**

La formazione. Nessun governo dell'offerta e della domanda è realizzabile senza una alleanza terapeutica di tipo nuovo che coinvolga tutti gli *stakeholder* del sistema. Il rovesciamento del modello da tutela del malato a tutela del sano e della salute è un problema culturale, politico ed economico: è il possibile nuovo modello di sviluppo, e non mi riferisco alla sola sanità.

**Quali strategie ha messo in atto la sua Regione per coniugare l'accesso all'innovazione e l'allocazione delle risorse?**

Crediamo molto nella telemedicina. La Puglia è la prima Regione in Italia per telecardiologia ed è anche la prima per associazionismo medico (MMG): è quindi possibile

coniugare le due cose. Il nostro problema è però avviare il nuovo affrontando contemporaneamente una realtà pesante di vetustà delle strutture. Purtroppo gli scarsi finanziamenti disponibili sono stati in gran parte impegnati per mettere in sicurezza stabilimenti ospedalieri arcaici e per realizzare la sostituzione/implementazione delle grandi macchine diagnostiche. In ogni caso, ancora una volta, il problema è culturale: al termine della situazione emergenziale che abbiamo governato, abbiamo implementato metodologie HTA.

**Alla luce da un lato della crisi economica, che comporta l'esigenza di risparmiare, e dall'altro dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento dei bisogni di salute, non pensa che sia sempre più attuale il dibattito su forme integrative e**



**alternative di finanziamento, nel rispetto dei principi di equità e solidarietà che regolano la convivenza sociale?**

Dibattere è il sale della terra. Forme alternative che garantiscano equità vanno individuate alla luce della disastrosa esperienza statunitense. Per quanto riguarda l'aspetto strutturale, che ci angoscia, ci siamo orientati verso la finanza di progetto. Per quanto attiene al rapporto privato/pubblico la Puglia è la terza Regione in Italia e, non appena sarà portata a termine l'operazione di modernizzazione accelerata del polo tarantino incardinata sul rapporto tra Regione Puglia e Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, sarà la seconda (dopo il Lazio, prima della Lombardia). ■

*Nessun governo dell'offerta e della domanda è realizzabile senza un'alleanza terapeutica di tipo nuovo che coinvolga tutti gli stakeholder del sistema*

# I professionisti della sanità come operatori della conoscenza



INTERVISTA A  
**ANDREA GUERZONI**

Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria

**Secondo lei, per controllare la spesa sanitaria è meglio puntare di più sulla razionalizzazione dei centri ospedalieri o sul contenimento della spesa farmaceutica?**

Diciamocelo francamente, lo stato di salute dei conti della sanità è a dir poco precario. La patologia da deficit di bilancio è ormai cronica e sta interessando anche Regioni da sempre ritenute immuni.

Numerose infatti sono le Regioni vicine al "punto di non ritorno" per cui sono entrate nel cosiddetto Piano di Rientro: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Sicilia.

Altre sono in grandissima difficoltà, come Puglia, Liguria, Piemonte, Sardegna.

Altre ancora (le rimanenti) manifestano segnali preoccupanti. Nessu-

na Regione pertanto può dichiararsi immune da questa malattia.

Sicuramente sia la dinamica della spesa farmaceutica, con farmaci sempre nuovi e trattamenti più sicuri e personalizzati e con la cronicizzazione delle malattie, sia la dinamica della spesa ospedaliera fanno sì che il controllo dei costi sia sempre di più una sfida difficile ed ardua.

L'innovazione tecnologica richiede continui e cospicui investimenti, dai quali le Aziende Sanitarie non possono oltremodo esimersi.

In sanità, contrariamente a quanto avviene in altri settori produttivi nei quali il progresso tecnologico comporta una sensibile diminuzione dei costi dopo che una nuova tecnologia è stata immessa sul mercato, avviene esattamente il contrario.

Gli ospedali oggi sono un concentrato di tecnologia e di multipro-



fessionalità; una loro razionalizzazione è imposta non solo dalla contingenza economica, ma dal fatto che bisogna rispondere a richieste appropriate, nei luoghi appropriati e con professionisti appropriati: saper fare un intervento chirurgico, assistere ad un parto, eseguire angioplastiche coronariche, affrontare un ictus o altro richiede un numero minimo di prestazioni da parte del singolo e del team di lavoro.

La strategia per questa sfida della compatibilità economica non può essere di tipo semplicistico o di natura causa-effetto, lineare: siamo di fronte ad organizzazioni complesse inserite in un contesto pieno di

connessioni, globalizzato, digitalizzato e in continua evoluzione.

L'approccio deve essere di tipo complesso, circolare: bisogna intervenire sulla rete ospedaliera, ma contemporaneamente anche sulla farmaceutica, sul personale, sui beni e servizi. Il grande lavoro sarà soprattutto quello di ridurre l'asimmetria informativa e quindi dare maggiori strumenti al cittadino per effettuare scelte consapevoli e rendere 'azionisti' del proprio lavoro i professionisti della sanità.

In ragione di questa complessità, si fa strada una nuova concezione dell'economia, che si differenzia dalla tradizionale prospettiva economica di tipo 'industriale', perché po-

ne al centro l'immateriale, ovvero il 'sapere', la 'conoscenza'. In questo senso, i professionisti della sanità, dai medici agli infermieri, dai tecnici agli amministrativi, sono a tutti gli effetti degli operatori della 'conoscenza'. Il ruolo della 'conoscenza', la presenza di nuovi bisogni assistenziali e di nuove tipologie di servizi sempre più specialistici, l'inarrestabile progresso tecnologico e la complessità delle reti di relazioni, impongono alle Aziende Sanitarie l'adozione di nuovi sistemi di sviluppo del loro capitale più importante, quello costituito dai professionisti.

Il valore reale di un'Azienda Sanitaria è formato, infatti, non dalle risorse economiche e finanziarie, ma dalle risorse 'intangibili', ovvero da tutti quei fattori, non strettamente economici, capaci però di generare un enorme potenziale di valore. Quei fattori sono i talenti, il *know how* e le conoscenze dei professionisti, l'efficienza dei sistemi di formazione e sviluppo organizzativo, la qualità delle relazioni con gli utenti e i clienti interni ed esterni, il tipo di cultura aziendale e manageriale, la capacità d'innovazione, la capacità di valorizzare le risorse umane e la capacità di capitalizzare il patrimonio più prezioso, quello della 'conoscenza'. Il non considerare e il non curare questi fattori, classificandoli come secondari e accessori è molto pericoloso per il management sanitario, perché questa modalità oltre a creare disvalore si traduce inevitabilmente anche in aumento ulteriore dei costi sia tangibili, ossia economici, sia di tipo intangibile e relazionale, come quelli derivanti da una scadente comunicazione.

*Il valore reale di un'Azienda Sanitaria non è dato tanto dalle risorse economiche e finanziarie, quanto dalla capacità di capitalizzare il patrimonio più prezioso, quello della 'conoscenza' dei professionisti che vi lavorano, e di valorizzare le risorse umane*

**L'intervento precoce con terapie sempre più complesse, anche se costose, può creare l'opportunità per un risparmio nel lungo termine. La sua Regione ha attuato particolari strategie per garantire l'accesso all'innovazione?**

Non ci sono dubbi che intervenire prima o precocemente comporta un impatto positivo sullo stato di salute della popolazione: per tale motivo abbiamo puntato molto sugli stili di vita, sul marketing sociale, sulle iniziative nelle scuole per educare le future generazioni alla prevenzione e alla promozione della salute.

Al fine di sensibilizzare la popolazione abbiamo riempito le città della Calabria con grandi manifesti. L'accesso all'innovazione ha visto la partecipazione di numerosi professionisti di età inferiore ai 40 anni a progetti europei inseriti in team di lavoro multidisciplinari in quanto strategico soprattutto per le Regioni meridionali è il capitale intellettuale.

Per poter dare un futuro al Sud e alle giovani generazioni è indispensabile coltivare il capitale intellettuale delle Regioni del Sud: sarebbe veramente drammatico far emigrare non solo le braccia, ma anche le teste dei giovani.

In una società della conoscenza è indispensabile creare le condizioni

per sviluppare le intelligenze che ci sono nelle nostre Regioni, possibilmente facendo rientrare anche quelle emigrate anni fa.

**L'invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente un aumento della domanda di salute: è possibile garantire equità nell'erogazione dell'assistenza, controllando i costi del servizio sanitario?**

Equità nell'assistenza non stride affatto con il controllo dei costi: equità non significa dare le stesse cose a tutti, ma dare ciò che serve a chi ha bisogno; fare parti uguali a soggetti disuguali è profondamente iniquo.

Basterebbe pensare alla risorsa tempo che una mamma dedica a due figli, di cui uno però con difficoltà: dedicherà sicuramente più tempo a chi ne ha più bisogno per dare nel limite del possibile ad entrambi pari opportunità.

Un recente studio europeo ha evidenziato come tra l'altro la lotta alle disuguaglianze nel campo della salute contribuisca anche alla crescita economica generale, oltre che essere un criterio di giustizia sociale. ■



# La salute tra i motori dell'economia



INTERVISTA A

## PATRIZIO BIANCHI

Professore Ordinario di Economia Applicata  
e Rettore dell'Università di Ferrara  
Presidente Fondazione della Conferenza dei Rettori  
Honorary Professor South China University  
of Technology, Canton (China)

### **Considerando che in Italia il PIL nel 2009 è diminuito del 4,7%, secondo lei su cosa bisognerebbe intervenire per contenere la spesa sanitaria?**

La crisi economica internazionale, scatenata dal collasso dell'economia americana, ha trovato in Italia un'economia che da quasi vent'anni cresce a ritmi troppo bassi, mediamente meno dell'1% all'anno. Questo basso ritmo di crescita è largamente dovuto al progressivo restringimento della base produttiva e nel contempo ad un apparato statale che continua a produrre un livello di debito troppo elevato, che si traduce in un'onerosa tassa sullo sviluppo del Paese. È necessario quindi operare per sostenere un'espansione del sistema produttivo e contemporaneamente per ridurre il debito, aumentando l'efficienza del sistema pubblico.

In questo contesto la salute appare come chiave di volta in entrambi i campi. L'industria della salute, cioè

quel vasto insieme di attività connesse con la salute dei cittadini, è oggi parte rilevante delle attività economiche di un Paese avanzato, educato ed anziano come l'Italia. La salute è del resto il principale *driver* per la tecnologia. Si pensi solo a quanta tecnologia c'è oggi in un medio ospedale e a quanta occupazione si deve generare nell'ambito esteso che va dall'attività ospedaliera a più alto livello di complessità fino all'assistenza domiciliare e al crescente settore del *wellness* e della cura della persona.

Nel frattempo tutto ciò richiede un attento controllo dei costi, che va da severi Piani di Rientro per le Regioni che presentano oggi una sanità fuori controllo fino alla promozione di una controllata concorrenza e allo sviluppo di nuove professioni inerenti al benessere di popolazioni anziane. In tale contesto, del resto segnato in Italia da una crescente divaricazione territoriale, far crescere il senso di responsabilità delle amministrazioni e l'*empowerment*



dei singoli cittadini è via necessaria per contenere i costi, ma soprattutto per far aumentare la qualità dell'intero sistema sanitario del Paese nel suo insieme.

**Crisi economica da un lato e invecchiamento della popolazione e aumento della domanda di salute dall'altro: non pensa che sia sempre più attuale il dibattito su forme integrative e alternative di finanziamento, nel rispetto dei principi di equità e solidarietà che regolano la convivenza sociale?**

Innanzitutto bisogna rimarcare che i principi di equità e solidarietà debbono poter essere considerati diritti effettivi e non solo formali. Oggi la possibilità che una persona possa morire di cancro del colon – per fare un esempio concreto – nel Mezzogiorno, o anche a Roma, è molto più alta che in Emilia-Romagna, dove esiste una pratica generalizzata di screening per quanti abbiano superato i 50 anni. Ristabilire il principio della garanzia di livelli essenziali di assistenza in tutta Italia è obiettivo ancora da raggiungere. E non può essere un caso che laddove il livello assistenziale sia più alto, siano anche più attenti i controlli sui costi. In queste stesse realtà – e mi si permetta di citare ancora una volta il caso dell'Emilia-Romagna – si sono sviluppate anche forme di ospedalità privata, che proprio perché operanti in un contesto di regolazione pubblica stabile sono riuscite ad

**Bisogna rilanciare l'obiettivo di un Paese che torni a crescere e di un sistema produttivo, anche nei servizi alla persona, che possa essere complessivamente più dinamico**

investire e crescere – in alcuni casi significativi – al punto tale da operare oggi con successo a livello internazionale. È indubbio che oggi si debba pensare a forme integrative, più che alternative, di finanziamento della salute di popolazioni fortunatamente più longeve, ma bisogna nel contempo rilanciare l'obiettivo di un Paese che torni a crescere e di un sistema produttivo, anche nei servizi alla persona, che possa essere complessivamente più dinamico. Se la ricchezza non viene prodotta, non vi è nessuna ingegneria finanziaria che possa generare risorse sufficienti per rispondere ai nuovi bisogni.

**Uno dei primi atti dell'amministrazione Obama è stato potenziare il sistema informativo in sanità. Ritiene che i dati oggi disponibili siano sufficienti per indirizzare**

**le scelte del nostro sistema sanitario?**

La salute è un bene meritorio, cioè un bene di cui si verifica qualità effettiva e congruità del prezzo solo dopo che si è consumata. I beni meritori si acquistano sulla base della fiducia e la fiducia cresce sulla base delle informazioni di cui si dispone per elaborare un giudizio. Il primo soggetto a dover essere informato è lo stesso paziente, sia quando acquista un farmaco che quando decide di recarsi in un ospedale. Bisogna migliorare e sviluppare una cultura dell'informazione sanitaria sia da parte dei pazienti sia da parte di chi opera nella sanità. Poi certamente vi è un bisogno di informazioni di sistema per valutare la gestione delle strutture sanitarie ed assistenziali sia a livello di singola Unità Operativa sia di Sistema Sanitario Regionale e Nazionale. In questo ultimo campo tuttavia sono stati realizzati molti risultati in materia di valutazione, ma è evidente che la chiave della formazione della nuova dirigenza diviene cruciale per il prossimo futuro, in cui necessariamente dovrà aumentare il grado di controllo su base regionale, specialmente per quelle Regioni che sono tuttora in fase di rientro dal deficit, e nel contempo dovrà aumentare lo sforzo per una maggiore integrazione a livello nazionale fra sistemi regionali oggi largamente divergenti.

L'Università di Ferrara ha sviluppato diversi percorsi sia di ricerca sia di formazione superiore, che stanno generando ottimi risultati, di cui siamo particolarmente fieri. ■

# Interventi possibili per il governo della spesa sanitaria



INTERVISTE A

## AMBROGIO BERTOGLIO

Direttore Generale dell'Azienda  
Ospedaliera 'Ospedale di Lecco'



## GIUSEPPE CAROLI

Direttore Generale, AUSL di Modena



## GIACOMO SAMPIERI

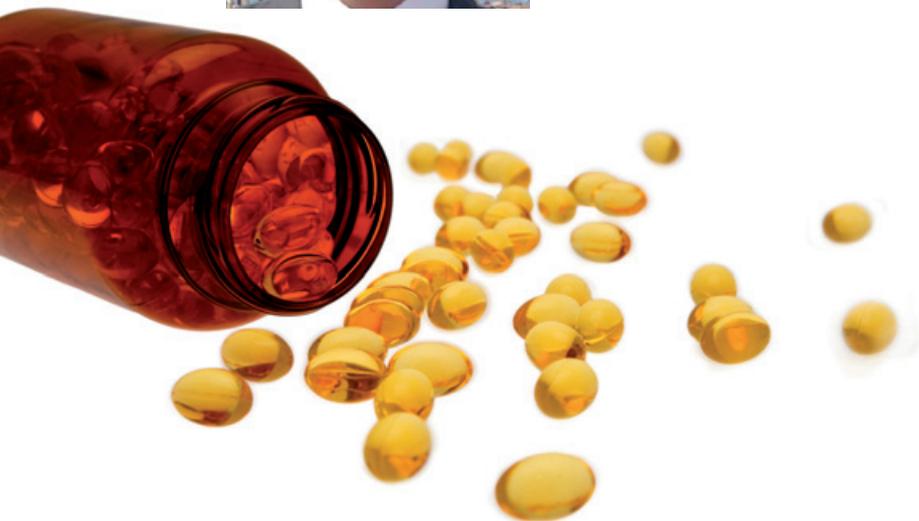
Direttore Sanitario,  
ASP di Caltanissetta

**Le migliori garanzie di accesso a servizi e prestazioni sanitarie sono tra i principali driver di aumento della spesa: come mantenere l'equità nell'erogazione dell'assistenza riuscendo a controllare i costi del servizio sanitario?**



**BERTOGLIO.** Nella nostra Azienda abbiamo individuato alcune 'questioni' su cui puntare l'attenzione per aumentare l'efficacia e l'efficienza:

- ▶ supporto continuo ai professionisti perché facciano propria la corresponsabilità e una partecipazione attiva aziendale secondo lo slogan "Ricerca del migliore equilibrio possibile tra risorse impiegate e qualità/quantità delle risposte sanitarie fornite";
- ▶ uso dell'ospedale con sempre maggiore appropriatezza. L'ospedale è per le situazioni acute; gli altri bisogni sanitari non acuti (non per questo meno importanti) vanno affrontati con altri strumenti. Per esempio, stiamo provvedendo a rispondere con strumenti non ospedalieri alle esigenze dei pazienti diabetici, broncopneumopatici, cardiovascolari, dei pazienti in trattamento anticoagulante orale in situa-



zione di compenso. Abituati a frequentare l'ospedale per i controlli periodici, stiamo cercando di dimostrare la convenienza di utilizzare 'luoghi' territoriali gestiti da infermieri formati, animati da gruppi di aiuto, supervisionati da medici con una specifica cultura dell'educazione alla salute. Ovviamente l'ospedale c'è: ma solo per i malaugurati scompensi;

- ▶ aumento delle connessioni tra ospedale e territorio attraverso i medici di famiglia e l'assistenza domiciliare, per ottimizzare l'uso dell'ospedale e offrire al paziente un 'percorso' razionale;
- ▶ riorganizzazione dell'ospedale passando dal modello delle 'divisioni' al modello dipartimentale, con 'spazi' articolati per intensità di cura.

Questi sono i punti su cui stiamo lavorando per mantenere un pareggio di bilancio, ottenuto non con una diminuzione quali/quantitativa dell'offerta, ma con una più razionale organizzazione.

Cioè: attraverso un impegno continuo volto alla ricerca di razionalizzazioni e di rimodellature dell'organizzazione verso la semplificazione e la vicinanza ai bisogni del paziente, cerchiamo di trovare le risorse per non trasformare le innovazioni e i miglioramenti terapeutici in puri aumenti di costi.



**CAROLI.** Il binomio "garanzia di equità-controllo dei costi" assume due dimensioni, l'una di natura etica e la seconda chiaramente economica.

Nella mia esperienza e nella realtà di un'Azienda Sanitaria territoria-

## *Partecipazione aziendale dei professionisti sanitari sempre più attiva, ricorso appropriato all'ospedale e riorganizzazione dei reparti, aumento delle connessioni tra ospedale e territorio: le risposte per aumentare efficacia e efficienza*

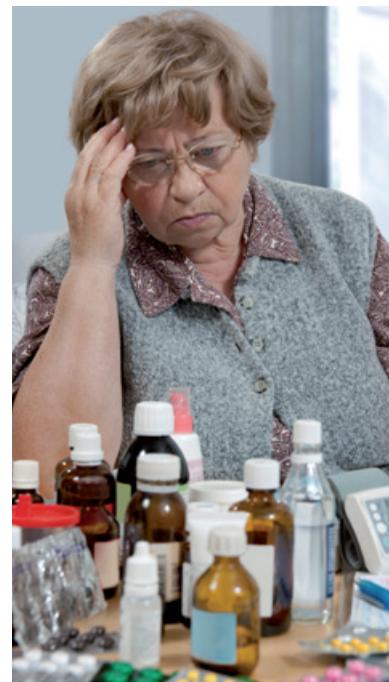
le, questo richiama alla capacità di concentrare la casistica su differenti livelli di intensità assistenziale in modo che sia garantita sia la migliore efficienza del sistema sia la maggiore efficacia.

Le Aziende territoriali hanno necessità di essere molto presenti e diffuse sul territorio con prestazioni altamente frequenti, ma tipicamente a medio-bassa complessità. Questi punti di contatto con i pazienti rappresentano comunemente il primo momento di relazione tra il servizio sanitario e il paziente stesso.

È qui che attraverso reti precostituite, nel momento in cui sia ravvisato un maggiore bisogno assistenziale, il paziente deve poter essere inviato ad un secondo o ad un terzo livello.

Dall'enunciazione del principio alla concreta operatività, il punto cruciale ritengo si estrinsechi su due livelli: la clinical competence di questi punti diffusi sul territorio e la rete precostituita.

I professionisti che operano negli ambulatori, nei nuclei di cure primarie, negli ospedali di periferia, nei punti di primo intervento devono mantenere un'adeguata for-



mazione ed essere pienamente e quotidianamente supportati da un'organizzazione che va costruita 'per disegno'.

Oggi la migliore garanzia di accesso ai servizi controllando i costi si traduce in pratica attraverso la realizzazione di piani aziendali per la formazione permanente e attraverso politiche per lo sviluppo di sistemi informativi, di ICT, di telecon-

sulto, di trasferimento di immagini diagnostiche.

Ne sono un chiaro esempio le reti già realizzate in molte realtà: nell'Azienda Sanitaria di Modena un esempio per tutte, la rete per lo stroke. I principali studi internazionali dimostrano che la terapia trombolitica nei pazienti con ictus ischemico acuto riduce significativamente mortalità e invalidità.

Per offrire a tutti i pazienti con ictus il miglior trattamento possibile, è indispensabile un'efficiente collaborazione tra i servizi di emergenza, gli ospedali periferici e i centri di secondo livello, sia nella fase acuta che postacuta.

Tutti i nostri ospedali sono in grado di realizzare un appropriato inquadramento diagnostico e solo i pazienti con predefinite caratteristiche cliniche sono inviati alla Stroke Unit.

Al tempo stesso i professionisti della Stroke Unit sono disponibili a supportare nel triage i professionisti dei vari punti della rete. Sono professionisti, giovani specialisti,

con i quali è stato fatto un investimento formativo specifico.

In questo modo, possiamo essere certi che tutti i pazienti che possono beneficiare della trombolisi, che deve essere eseguita precocemente, abbiano accesso al trattamento. Questi sistemi minimizzano i rischi, gli sprechi di risorse, le inefficienze e garantiscono l'accesso alle migliori cure per chi può beneficiarne.



**SAMPERI.** L'accesso universalistico alle prestazioni sanitarie ha finora portato ad una esplosione dei costi di erogazione e della quantità di prestazioni erogate a discapito dell'appropriatezza delle stesse. Gli orientamenti attuali di economia sanitaria sono così indirizzati verso il governo della domanda, ponendo il massimo rilievo alle esigenze assistenziali dei pazienti o delle popolazioni di riferimento e quindi tagliando tutti i 'bisogni indotti' da stakeholder e non direttamente mirati ai 'bisogni reali'.

**Quali interventi ha attuato la sua Azienda per consentire l'accesso a tecnologie innovative garantendo l'efficienza nell'allocazione delle risorse?**



**BERTOGLIO.** Recentemente all'Ospedale di Lecco abbiamo fatto partire la Cardiocirurgia. Un'attenta e documentata valutazione ha dimostrato la convenienza di questa nuova attività per un milione circa di abitanti che possono trovare l'opportunità di usufruire della nostra organizzazione.

Ho citato questo esempio per affermare che questo è il criterio che Regione Lombardia usa per affrontare il tema delle tecnologie innovative: un severo approccio valutativo su costi e benefici dell'innovazione.

Al paziente non va negato nulla che gli serve, a patto che questa decisione sia corroborata da appropriatezza, necessità, valutazione sull'ef-



*Conoscenza, informazione, comunicazione e trasparenza sono elementi strategici nel governo dell'innovazione*

ficacia, atteggiamento 'critico' sull'outcome.

A livello di Regione Lombardia è stato attivato un programma regionale di HTA (Health Technology Assessment), che si propone di avviare un gruppo di valutazione dell'appropriatezza d'uso delle tecnologie sanitarie nel contesto della pratica sanitaria concreta.

A noi della 'periferia' il progetto interessa molto perché ci aspettiamo elementi che aiutino a fare scelte oculate e a far crescere la cultura valutativa: è il concetto del 'ritorno atteso' dai cittadini allorquando spendiamo i loro soldi in qualche investimento sanitario.



**CAROLI.** Il progresso tecnologico in medicina è sempre più sofisticato e inarrestabile poiché segue l'evolversi delle conoscenze, ha un alto prezzo e fa apparire sempre più probabile che i costosissimi mezzi diagnostici e terapeutici del futuro potranno essere utilizzati solo in casi relativamente limitati per la disponibilità finita di risorse.

Questo panorama, purtroppo realistico, e che va oltre la doverosa e indispensabile proclamazione dei principi fondamentali della riflessione etica, non è lontano.

Quello che necessariamente deve accompagnare, in termini parzialmente rassicuranti, questo scenario è che il nuovo non è sempre sinonimo di migliore.

È indispensabile un attento e continuo confronto e monitoraggio tra il nuovo e il già esistente. E proprio perché non si deve scambiare per procedura consolidata quella che è ancora sperimentazione, grande attenzione va posta alle modalità con



le quali si introducono nella pratica clinica le innovazioni e come si trasmettono le informazioni, sia ai cittadini che ai professionisti.

In assenza di informazioni precise si ingenera fatalmente una 'corsa al nuovo' per cui solo le apparecchiature (o procedure) innovative sono erroneamente ritenute in grado di rispondere in modo ottimale.

Nuovi farmaci come nuove dotazioni tecnologiche sono continuamente immessi sul mercato a prezzi più elevati ma non sempre hanno un'efficacia maggiore, anzi. Alcune delle nuove molecole sono state sperimentate solo con studi di equivalenza o non inferiorità. Già questo ci dice chiaramente che sono a tutti gli effetti da considerare novità più che innovazioni.

Gli stessi operatori, non sempre correttamente informati, generano un indotto di domanda. Per questo conoscenza, informazione, comunicazione e, aggiungo, trasparenza, sono strategiche nel governo dell'innovazione. In questo

campo l'attenzione nel censire dotazioni tecnologiche maldistribuite o sottoutilizzate consente ampi margini di intervento.

Sottolineando che la soluzione del problema della scarsità delle risorse non può essere solo con interventi sulla micro-allocazione delle risorse, è mia convinzione però che non poco possa e debba essere fatto anche a questo livello.



**SAMPIERI.** Il Piano triennale di rientro siglato con il Ministero della Salute, e che ha avuto il suo ultimo step il 31 dicembre 2009, ha puntato tutto sul miglioramento dell'efficienza del sistema, tagliando le ridondanze dello stesso (accorpamento di reparti omologhi vicini tra loro, riconversione di ospedali con bassi livelli di occupazione, spostamento di risorse verso ambiti territoriali preospedalieri, etc.) al fine di allocare le nuove disponibilità economiche create per l'implementazione tecnologica, sempre orientata

*Il governo della domanda, che tenga in considerazione le esigenze assistenziali dei pazienti o delle popolazioni di riferimento tagliando tutti i 'bisogni indotti' da stakeholder e non direttamente mirati ai 'bisogni reali', è uno strumento importante per garantire equità di accesso ai servizi sanitari*

all'aumento di efficienza e ponendo una grossa attenzione in particolare alla migrazione sanitaria dei siciliani verso altre Regioni.

**Razionalizzazione dei centri ospedalieri e spesa farmaceutica: dove guardare per il governo dei costi?**



**BERTOGLIO.** Nella nostra Azienda Ospedaliera ci stiamo muovendo seguendo questa rotta: "al paziente dobbiamo offrire tutto ciò che serve, non badando a spese se la terapia, la protesi, la procedura, il dispositivo è per lui essenziale e necessario; come glielo procuriamo, deve essere oggetto di continua revisione e miglioramento".

Detto in altre parole: un conto è la terapia, un conto è l'organizzazione e la logistica. Su quest'ultima questione c'è molto da lavorare. Magazzini centrali, magazzini in reparto, scorte, movimentazioni, ciclo passivo (ordini e fatturazione), ripristino delle scorte, conto

deposito, accoppiamento terapia al paziente e approntamento delle terapie, sprechi e prelievi incongrui, sicurezza del meccanismo: prescrizione/preparazione/somministrazione, etc. sono tutti elementi che possono offrire spazi di miglioramento dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza.

Il patto che noi abbiamo voluto stabilire con i professionisti è il seguente: "tutto ciò che attraverso il vostro impegno riorganizzativo recuperiamo, lo investiamo in innovazione e in miglioramento clinico".



**CAROLI.** Non sfugge a nessuno che la spesa farmaceutica è una voce sulla quale si è storicamente intervenuti, ma occorre non considerare un impegno concluso quello della possibilità di incidere su questa importante voce di spesa.

Per guardare al governo dei costi vorrei spendere qualche parola in più per difendere una *policy* aziendale che andrebbe sempre enunciata: la responsabilizzazione nel "non sprecare le risorse disponibili".

Questo vale a tutti i livelli: pazienti, professionisti e stakeholder sanitari.

Sono consapevole che c'è molto ancora da fare in un'Azienda Sanitaria per mettere in campo le migliori strategie di acquisto di beni e servizi, ma anche per riequilibrare un'eccessiva medicalizzazione, un ingiustificato ricorso a procedure diagnostiche, degenze ospedaliere improprie o prolungate oltre le necessità cliniche o per effettuare procedure che potrebbero essere più efficientemente fornite in regime ambulatoriale con una diversa organizzazione delle attività.

La razionalizzazione dei centri ospedalieri offre l'opportunità di proporre nuove modalità di erogazione dei servizi. Per molti decenni l'ospedale è stato considerato il solo luogo di cura, la sede dove venivano garantiti il pernottamento e una degenza a volte anche protratta.

Modelli come il Day Surgery hanno profondamente e sostanzialmente trasformato le strutture di ricovero tradizionali, generando riduzioni di numero delle stesse, modificazioni della forma e delle dimensioni.

Nella mia esperienza la diffusione del modello di Day Surgery, oltre ad essere motivata dall'uso efficiente delle risorse, è stata possibile grazie alla modificazione delle conoscenze mediche e tecnologiche che hanno portato alla minore invasività delle tecniche chirurgiche e nuove tecniche anestesologiche.

Il Day Surgery richiede però una professionalità clinica altamente qualificata, nuove tecnologie che vanno 'delocalizzate', uno sforzo organizzativo notevole e una integrazione forte.

Solo se sono presenti professionisti che hanno fatto proprie, nel loro percorso professionale, competenze specifiche sulle tecniche chirurgiche laparoscopiche, minimamente invasive, e che siano stati formati per l'utilizzo di sempre nuove tecnologie è possibile organizzare il Day Surgery in modo efficiente (e sicuro).

Da questo punto di vista le problematiche cliniche definite di medio-bassa complessità vengono affrontate da competenze per così dire 'alte' e orientate al mantenimento nel tempo di una formazione permanente rispetto alla disponibilità di nuove tecnologie che supportano tecniche chirurgiche in continua evoluzione.

Peraltro, in base al percorso di conoscenze che stiamo osservando in questi anni possiamo prevedere che sempre più patologie siano affrontabili con tecniche minimamente invasive (e prospettabili per il Day Surgery) e divengano 'automaticamente' di complessità medio-bassa. La complessità medio-bassa è propria degli ospedali che sono spoke della rete e il Day Surgery è il modello organizzativo che spinge l'ospedale verso il territorio.

Questa è la direzione dentro la quale va visto il percorso di razionalizzazione della rete ospedaliera.

Proponendo, investendo e realizzando nuovi modelli organizzativi, gli ospedali spoke rimangono, per il cit-

tadino, il punto di riferimento locale. Questo è l'impegno, in termini di investimento di risorse e di personale, che una direzione aziendale deve garantire nella razionalizzazione della rete ospedaliera.



**SAMPIERI.** La riconversione verso livelli più adeguati di assistenza territoriale, attraverso la trasformazione di presidi ospedalieri non altrimenti produttivi, porterà il Servizio Sanitario Regionale della Regione Siciliana verso una progressiva deospedalizzazione e verso un livello di cure orientate al territorio ed al domicilio. Grande ruolo assumono i medici di medicina generale attraverso



*filo diretto*



## Promuovere l'appropriatezza per governare i costi

INTERVISTA A

**ANGELO GIUSTO**

Presidente V Commissione Sanità, Consiglio Regionale Campania

**Quale strumento ritiene più efficace per controllare la spesa sanitaria garantendo l'equità nell'accesso alle prestazioni?**

Universalismo dell'assistenza sanitaria ed uguaglianza tra i cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie sono principi posti a fondamento del Servizio Sanitario italiano, tu-

telati non solo dal vigente sistema normativo nazionale, ma anche dalle intese tra lo Stato e le Regioni sancite con lo strumento del cosiddetto 'Patto per la salute'.

È vero, tuttavia, che l'evoluzione del nostro sistema sanitario ancorato saldamente a tali principi, le innovazioni soprattutto tecnologiche in questo settore, una diversa consapevolezza degli utenti che, grazie agli attuali strumenti di comunicazione, sono in grado di confrontare i servizi resi con le migliori performance della sanità non solo nazionali ma anche internazionali sono fattori che possono indurre co-

le UTAP e i costituenti PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) che, sulla scorta di quanto già studiato con la Casa della Salute, puntano a concentrare l'erogazione di tutti i servizi sanitari in un solo ambito, nel quale saranno concentrate anche le prestazioni specialistiche. Attenzione estrema anche alla spesa farmaceutica con l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e con l'applicazione di ogni procedura e protocollo mirato all'appropriatezza dell'erogazione dei farmaci. In sostanza "qualsiasi elemento utile a limitare lo spreco delle risorse porta il sistema ad un aumento di quelle disponibili a favore di ciascun attore dello stesso". ■

sti sempre crescenti e quindi incompatibili con le risorse economiche disponibili.

Lo strumento in grado di perseguire l'obiettivo del contenimento dei costi, nella salvaguardia dei principi innanzi enunciati, è senz'altro, a mio parere, la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. D'altronde, ricondurre le prestazioni sanitarie erogate ad ambiti di maggiore appropriatezza rappresenta un intervento in grado sia di contenere i costi (si pensi, ad esempio, a prestazioni effettuate in regime di ricovero ospedaliero, laddove invece più propriamente erogabili in regime ambulatoriale) sia più efficace ed equo in quanto sicuramente riduce il disagio dell'utente e il costo sociale della prestazione.

In questa direzione la Regione Campania ha dispiegato una serie di azioni, anche recentemente, per il tramite del Commissario ad acta nominato dal Governo nazionale.



L'obiettivo che sottende a tali azioni è quello di liberare risorse sia economiche che di personale per qualificare maggiormente l'offerta ospedaliera, depurandola dei costi per attività da trasferire ad altro regime assistenziale e consentire, quindi, prestazioni di maggiore complessità sia organizzativa sia tecnologica.

### **Quali interventi sono da attuare per il governo dei costi nelle diverse macroaree di prestazioni sanitarie?**

Il governo dei costi per ciascuna delle macroaree di prestazioni sanitarie, da quella ospedaliera a quella specialistica ambulatoriale, da

quella dell'erogazione dei farmaci a quella degli interventi sociosanitari, passa innanzitutto per la riprogettazione del Servizio Sanitario Regionale che consenta, con interventi di tipo strutturale, una migliore allocazione delle risorse e sia, nel contempo, in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Altro fattore indispensabile è un regime efficace dei controlli, sia a livello aziendale che regionale, sulla produzione sanitaria e sui relativi costi.

Tale regime di controlli va ovviamente supportato da un adeguato sistema informativo che coinvolga anch'esso i due livelli istituzionali. ■



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

---

