

THEMA

Protagonisti della sanità

numero 2 2011



RAFFAELE CALABRÒ
LIONELLO COSENTINO
LUCA COLETTO
SALVATORE SAMMARTANO
EMILIO SIMEONE

Speciale
Regione Friuli Venezia Giulia

RENZO TONDO
VLADIMIR KOSIC
MAURO DELENDI
NICOLÒ LEMESSI

*Federalismo
e costi standard*

Fuori Thema

Istituzione dal 2013 di un fondo perequativo alimentato dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'IVA determinata per garantire in ogni Regione il finanziamento integrale delle spese per sanità, assistenza, istruzione, trasporto pubblico locale in conto capitale.

Rideterminazione dal 2013, tramite intesa Stato-Regioni, del fabbisogno sanitario nazionale standard coerentemente con il fabbisogno derivante dai Lea.

Individuazione di tre macroaree come indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale con i rispettivi livelli di finanziamento: assistenza sanitaria collettiva (5%), assistenza distrettuale (51%), assistenza ospedaliera (44%).

Scelta di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud) per la determinazione dei costi e fabbisogni standard sanitari regionali.

Interventi strutturali straordinari per rimuovere le carenze strutturali che riguardano le Regioni del Meridione, le zone montane e le piccole isole e istituzione di un premio per le Regioni più virtuose.

Questi i contenuti principali del Decreto Legislativo sul federalismo e i costi standard, sui quali abbiamo chiesto il parere agli interlocutori di questo numero.

THEMA numero 2 2011

Supplemento al n. 2 - 2011 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma
www.pensiero.it
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2011 Photos.com

Stampa: Arti Grafiche Tris

Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma
Finito di stampare nel mese di giugno 2011

© 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



**RAFFAELE
CALABRÒ**



**LIONELLO
COSENTINO**

Sanità:
un federalismo
uguale per tutti

6



Federalismo e costi
standard: si chiude
un cerchio 'virtuoso'
LUCA COLETTO

8



Alla ricerca di un equilibrio
tra responsabilità delle Regioni
e garanzia di un finanziamento
SALVATORE SAMMARTANO

9



Costi standard:
obiettivi e prospettive
EMILIO SIMEONE

Speciale Regione Friuli Venezia Giulia

11



Maggiore efficienza
grazie a nuovi modelli
organizzativi
RENZO TONDO

14



Sinergie più ampie e cittadini
consapevoli per garantire
salute e benessere a tutti
VLADIMIR KOSIC

16



Promuovere una cultura
migliore della gestione
delle organizzazioni sanitarie
MAURO DELENDI

18



Il ruolo del farmacista
ospedaliero nel nuovo assetto
istituzionale del federalismo
NICOLÒ LEMESSI



Sanità: un federalismo uguale per tutti



INTERVISTE A

RAFFAELE CALABRÒ

Membro della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato



LIONELLO COSENTINO

Membro della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

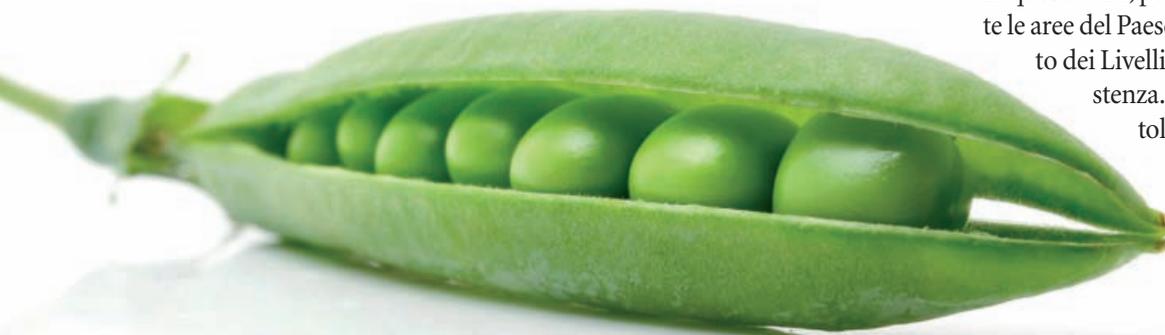
Lo schema di Decreto Legislativo recante “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario (Atto n. 317)”, approvato dalla Commissione Bicamerale il 24 marzo, è stato trasformato nel Decreto Legislativo n. 68/2011 e pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 109 del 12 maggio 2011.

Nel 2010 siete stati firmatari di una risoluzione bipartisan su federalismo, finanziamento e governance del sistema sanitario, con lo scopo di offrire un “contributo propositivo per lo sviluppo e l’ammodernamento del Ssn”. La risoluzione vi ha visto convinti sostenitori dell’esigenza di garantire a tutti i cittadini eguaglianza

nel diritto alle cure, auspicando “un nuovo patto tra gli italiani, tra Nord e Sud del Paese” e sottolineando che “il fabbisogno standard non può scendere sotto la soglia concordata in questi anni tra Stato e Regioni”. Aspettative rispettate dal recente Decreto Legislativo sul federalismo e costi standard?



CALABRÒ. Senza alcun dubbio il decreto ha recepito i principi cardine della Risoluzione approvata dalla Commissione Salute del Senato: ovvero garantire che il paziente sia al centro del sistema e che riceva una uguale assistenza in tutto il Paese. E ancora la necessità, in un sistema che si avvia verso il federalismo, che il fabbisogno nazionale complessivo non possa essere determinato al di sotto di quella soglia concordata in questi anni, per assicurare in tutte le aree del Paese il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Vorrei inoltre sottolineare che il documento ribadisce che la disponibilità di risorse assegnate deb-



ba tenere conto del fabbisogno standard per dare certezza di assistenza e di cura a tutti i cittadini. In pratica, bisogna valutare non solo i risultati di bilancio, ma anche e soprattutto la qualità dell'assistenza e la capacità di risposta ai bisogni di salute dei propri cittadini.



COSENTINO. Penso che il federalismo sia un'occasione per una maggiore responsabilizzazione degli amministratori regionali. Non deve più succedere, come è avvenuto nel Lazio nel 2005, che si scoprono dieci miliardi di euro di disavanzo dopo quattro anni in cui le ASL non approvavano i bilanci.

Ogni Regione deve ricevere le risorse calcolate sui costi standard e organizzare per il meglio la propria rete di servizi. Da questo punto di vista, il decreto sul federalismo in sanità è un passo avanti, ma il federalismo deve prevedere anche un ruolo dello Stato nel monitoraggio e nel controllo dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Occorre forse pensare ad un ruolo più forte dell'Age.Na.S. come strumento di supporto alle Regioni in difficoltà. Soprattutto nel Sud, c'è un problema di *know-how*, di qualità delle regole amministrative, di competenze professionali e amministrative. Fare il riparto giusto delle risorse e lasciare poi che le Regioni se la sbrighino da sole significa soltanto attendere immobili il fallimento dei piani di rientro.

La Bicamerale si è chiusa con la richiesta rivolta al governo di risolvere alcune partite ancora aperte come quella dell'introduzione

Il prezzo di riferimento nasce da un'esigenza di equità per colmare le differenze di prezzo per gli stessi prodotti sul territorio nazionale

dei prezzi di riferimento per beni e servizi per valorizzare la responsabilizzazione delle amministrazioni e la limitazione del rimborso dei farmaci secondo dosaggi e durata della terapia. La ventilata introduzione di queste misure ha già suscitato una levata di scudi. Lei cosa ne pensa?



CALABRÒ. È dovere di tutte le Regioni responsabili tagliare gli sprechi ed adottare misure di contenimento e razionalizzazione della spesa. È un dato di fatto che per anni ci sia stata una superficialità nell'acquisto di alcuni servizi e beni. Il criterio del prezzo di riferimento è un'esigenza di equità per colmare le differenze inspiegabili di prezzi per gli stessi prodotti sul territorio nazionale. Allo stesso modo la limitazione del



rimborso dei farmaci serve a limitare la tendenza a cambiare e interrompere una terapia farmacologica, cosa che spesso accade e che non giova in nessun modo alla salute del paziente.



COSENTINO. I prezzi di riferimento e il calcolo dei costi ottimali dei percorsi di cura sono utilissimi.

Non servono imposizioni burocratiche: basta la trasparenza e la pubblicazione dei dati sul web per costringere i sistemi sanitari a correggersi e migliorarsi, ma la resistenza alla trasparenza dei dati è fortissima e mi permetto di invitare il Ministro Fazio a dimostrare più coraggio su questo punto.

La richiesta delle Regioni del Sud di prevedere criteri



di riparto non legati solo all'età della popolazione, ma individuati ricorrendo all'indice di deprivazione (condizione socioeconomica peggiore) non è stata accolta. Ritiene che la norma sugli "interventi strutturali straordinari per rimuovere le carenze infrastrutturali che riguardano principalmente le Regioni del Meridione (ma anche le piccole isole e le zone montane) e che hanno possibili effetti sui costi delle prestazioni sanitarie" basti realmente a consentire alle Regioni del Sud di mettersi al passo con le altre?



CALABRÒ. Differenzierei i due aspetti. Per quanto riguarda il criterio della deprivazione, pur non essendo stato accolto per il riparto del 2011, si è dato mandato all'Age.Na.S. di elaborare entro quattro mesi uno studio che valuti la pesatura di quei fattori, oltre a quello anagrafico importante ma non unico, che hanno influenza sull'incidenza delle patologie e sul reale fabbisogno dei servizi sanitari. È un importante passo in avanti, che risponde cor-

rettamente alle esigenze del Sud. Altra cosa sono gli interventi strutturali che serviranno a colmare il gap infrastrutturale e tecnologico attualmente esistente tra il Nord ed il Mezzogiorno. Una norma che certamente consentirà al Meridione, utilizzando una metafora ciclistica, di posizionarsi sulla linea di partenza del federalismo con quello *start* giusto per non restare indietro.



COSENTINO. Ho sostenuto con il collega Calabrò l'esigenza di pesare nel riparto delle risorse anche il fattore di deprivazione socioeconomica. È un problema di giustizia, anche se non modifica di molto la quantità del riparto.

Questa proposta è stata respinta dalle Regioni e si è preferito sostituire ad un criterio limpido e scientificamente comprovato il solito pasticcio dei riparti fatti col bilancino politico.

Il mio punto di vista è tuttavia netto: le Regioni in deficit hanno bisogno, più che di risorse aggiuntive, di trasferimento di *know-how*, di trasparenza, di creazione *ex novo* dei sistemi informativi e di valutazione, di aiuto nella *governance*.

La crisi italiana è innanzitutto crisi delle classi dirigenti. ■

Le Regioni in deficit hanno bisogno di trasferimento di know-how, di trasparenza, di creazione ex novo dei sistemi informativi e di valutazione, di aiuto nella governance

Federalismo e costi standard: si chiude un cerchio 'virtuoso'



INTERVISTA A

LUCA COLETTO

Assessore alle Politiche Sanitarie,
Regione Veneto

Il Decreto Legislativo sul fisco regionale e sui costi standard sanitari, attuativo di un aspetto molto importante del federalismo regionale, è stato recentemente approvato. Il confronto tra Regioni e governo centrale è stato lungo e impegnativo, ma alla fine i termini enucleati nell'accordo Stato Regioni del dicembre 2010 sono stati rispettati. Tutti soddisfatti o resta qualche ombra?

Da parte nostra la soddisfazione è assoluta. Da tanto tempo molta gente chiedeva che si riformasse lo Stato in senso federalista, e questo cammino lo possiamo considerare di fatto concluso. Si chiude un cerchio che non esiterei a definire 'virtuoso', anche perché, nello specifico della sanità, virtuoso sarà davve-

ro l'effetto di un nuovo modo di approcciare la gestione della spesa e l'organizzazione del servizio. Le faccio un esempio: il Veneto, che pure ha chiuso il bilancio consuntivo 2010 con un attivo di 12.500.000 euro, sta lavorando a questa prospettiva sin dall'insediamento della Giunta Zaia. Stiamo per varare una vasta riforma dell'intero nostro sistema sanitario attraverso un nuovo Piano Sociosanitario Regionale; rivedremo pezzo dopo pezzo, come nella costruzione di un puzzle, la nostra rete ospedaliera; rafforzeremo la medicina territoriale; sposteremo dall'ospedale per acuti al territorio tutta quell'assistenza che per un ospedale è impropria, portando le cure più vicino ai cittadini; svilupperemo fortemente l'informaticizzazione che, come ha dimostrato il progetto Veneto Escape (referti a casa dei cittadini sul loro computer con un risparmio di spesa per la gente di 72 milioni di euro l'anno), aumenta l'efficienza e diminuisce i costi. In sanità, il federalismo si tradurrà in servizi più efficaci e in un reale controllo della spesa. Solo che questo non sarà più limitato a poche Regioni, ma dovrà essere il criterio informatore dell'attività di tutti gli amministratori d'Italia.

In sanità il federalismo si tradurrà in servizi più efficaci e in un reale controllo della spesa: questo sarà il criterio informatore dell'attività di tutti gli amministratori d'Italia

L'applicazione dei costi standard consentirà realmente di responsabilizzare le Regioni e le aziende nell'utilizzo delle risorse destinate al nostro Servizio Sanitario Nazionale così da risolvere problemi di sperequazione all'interno della stessa Regione e tra Asl e Asl?

Non c'è alcun dubbio. Il costo standard è l'unico sistema ragionevole e razionale per avviare una concreta lotta allo spreco, che purtroppo è molto diffuso nel nostro Paese, e che il vecchio sistema del riparto dei fondi nazionali tarato sul criterio della spesa storica (chi più ha speso più riceverà) avrebbe continuato a

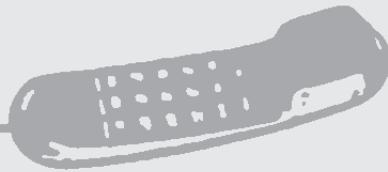
perpetuare. Oggi come oggi ci sono Regioni (come il Veneto, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana) dove una prestazione qualsiasi, dalla radiografia all'intervento chirurgico, costa la metà che in altre, e questo non si spiega se non con metodi di amministrazione poco attenti all'ottimizzazione della spesa. Una volta determinato a livello nazionale un costo standard specifico per ogni prestazione, tutti dovranno porre la stessa attenzione, perché a quel punto i fondi nazionali saranno ripartiti sulla base del costo standard e non più della spesa storica. Come in tutte le riforme epocali, anche questa costringerà qualcuno a lavorare di più e ad affrontare problemi più grandi di altri. Ma se mai si comincia...

Niente indice di deprivazione ad addolcire la pillola dei fabbisogni regionali basati solo sulla popolazione pesata per classi di età, sicuramente molto atteso dalle Regioni del Sud, ma un premio da erogare a quelle che, nel confronto con le Regioni benchmark, risulteranno più "virtuose nel risparmio" e che potranno così beneficiare direttamente della quota stessa risparmiata. Ritiene che il principio di solidarietà sociale che dovrebbe sempre ispirare il legislatore sia stato comunque garantito?

Il principio di solidarietà non è mai stato messo in discussione. Peraltro non era accettabile che passasse un criterio di tipo socio-economico come la deprivazione, che ben poco ha a che fare con la sanità. Ecco: uno degli aspetti importanti del nuovo rigore che si dovrà porre nella definizione della spesa e del riparto dei fondi nazionali è proprio quello legato alla necessità che i finanziamenti siano indirizzati assolutamente e totalmente sui costi delle cure e siano parametrati sulle caratteristiche epidemiologiche della popolazione, non sul modello 740. Quanto alla solidarietà, l'abbiamo dimostrata concretamente nella difficile partita del Riparto nazionale dei fondi del 2011, nell'ambito del quale abbiamo deciso di cedere ben 24 milioni di euro per costituire, con altre Regioni virtuose, una sorta di fondo di accompagnamento per quelle attualmente in difficoltà. ■



filo diretto



Alla ricerca di un equilibrio tra responsabilità delle Regioni e garanzia di un finanziamento

Il Decreto Legislativo di recente approvato sul fisco regionale e sui costi standard ha posto le basi del federalismo in sanità. Quali saranno gli effetti immediati della nuova politica?

Il decreto segna un nuovo, importante passo nella direzione della realizzazione del federalismo fiscale. Ad ogni passaggio il testo si è arricchito di nuove indicazioni, a dimostrazione della complessità della materia. È stata costante la ricerca di un equilibrio fra le istanze di efficienza e di equità e la necessità di una mediazione politica tra i principi di responsabilizzazione delle Regioni e le garanzie di finanziamento.

Nella sua stesura definitiva l'effetto di responsabilizzazione viene ottenuto eliminando l'aspettativa dei ripiani statali e ponendo così in carico alle Regioni l'obbligo di reperire le risorse per la copertura della spesa sanitaria all'interno di quelle derivanti dal gettito tributario. Queste, per l'appunto, andranno a sostituire i trasferimenti statali, agendo sul contenimento della spesa, sull'attività di recupero dell'evasione fiscale e, ove necessario, sull'incremento dell'imposizione fiscale, comunque nei limiti previsti dalla normativa.

Gli effetti di tale politica a regime potrebbero evidentemente condurre le Regioni a omogeneizzare sull'intero territorio l'offerta sanitaria,

Intervista a
SALVATORE SAMMARTANO

Dirigente Servizio
Economico-finanziario
Assessorato alla Salute
Regione Siciliana

evitando disequilibri tra aree diverse della stessa Regione.

L'applicazione dei costi standard consentirà secondo lei di risolvere realmente problemi di sperequazione all'interno della stessa Regione e tra Asl e Asl?

Il principio di fondo è rivoluzionario, ma la mancanza di un impegno condiviso a determinare in modo scientifico il criterio di riparto, ridotto essenzialmente alla suddivisione delle risorse per età, in linea con la spesa storica che si voleva abolire, dovrebbe indurre ad un approfondimento della materia. Nella precedente formulazione il provvedimento mancava di efficacia, rimandando ad accordi pressoché impossibili fra Regioni; ora si passa all'altro estremo, ovvero ad una formulazione centralista che impone la pesatura per la sola età, contraddicendo così ogni evidenza scientifica: l'età non è l'unica determinante dei bisogni sanitari e tanto meno dei costi di gestione di un sistema sanitario. In estrema sintesi non si capisce perché le caratteristiche socioeconomiche del territorio (deprivazione) debbano influire soltanto sulle carenze strutturali e non anche sulla gestione corrente e sui bisogni attuali. ■

Costi standard: obiettivi e prospettive



INTERVISTA A

EMILIO SIMEONE

Direttore Generale Asl 8 Cagliari

Quali sono gli obiettivi raggiunti dal Decreto Legislativo sul fisco regionale e sui costi standard sanitari approvato dalla Commissione Bicamerale e recepito nel Decreto Legislativo 68/2011?

L'obiettivo principale che si è inteso raggiungere è stato quello di rendere omogenea l'offerta sanitaria pubblica sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza, fissati per legge su tutto il territorio nazionale, eliminando le discrepanze dei costi in alcune Regioni, ritenute poco giustificabili. E sicuramente il Decreto Legislativo raggiunge questo proposito.

L'applicazione dei costi standard responsabilizzerà le Aziende nell'utilizzo delle risorse così da risolvere problemi di sperequazione all'interno della stessa Regione e tra Azienda e Azienda?

A fronte del Decreto Legislativo sulle "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", è di tutta evidenza che occorre rivedere il nostro modello di erogazione delle prestazioni, soprattutto in funzione della ripartizione nelle tre nuove macroaree che



*Bisogna considerare
la qualità
dell'assistenza,
le patologie
regionali e i costi
delle innovazioni*

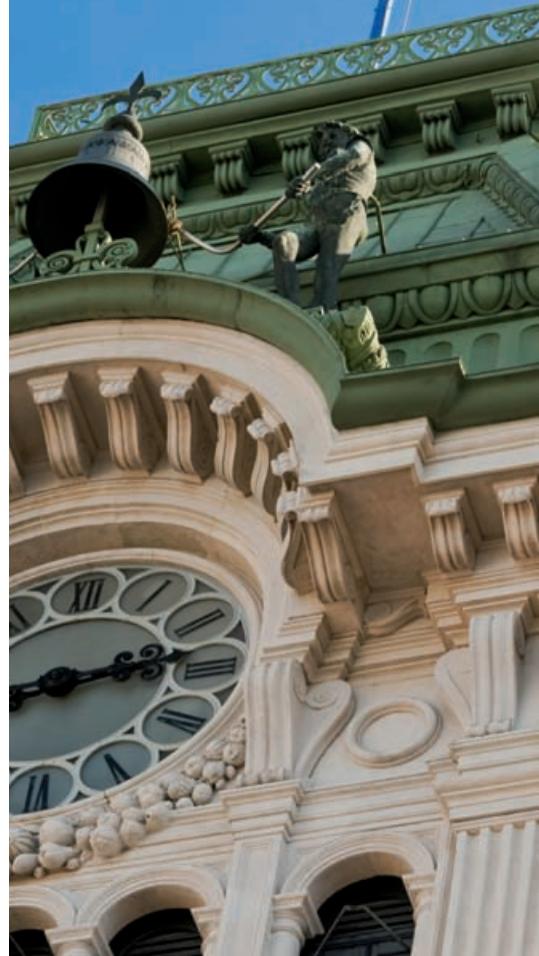
entreranno in vigore dal 2013. Tale processo è invero già in essere, non tanto nell'ottica del 'risparmio' in quanto tale, ma finalizzato all'ottimizzazione' del rapporto costo/prestazione da cui deriva il 'risparmio'. Nella Asl 8 di Cagliari si erogano prestazioni che, per qualità, superano in gran parte il valore economico degli attuali Livelli Essenziali di Assistenza. Senza la certezza di un'adeguata futura copertura economica, potrebbe quindi nascere qualche perplessità gestionale sulla possibilità di mantenere tale qualità. Si ritiene importante, pertanto, porre alcuni correttivi al Decreto Legislativo, tenendo in giusta considerazione la qualità dell'assistenza, la tipologia di specifiche patologie regionali e le innovazioni tecnologiche, che impongono ovviamente costi molto alti.

Ritiene che il principio di solidarietà sociale, che dovrebbe sempre

ispirare il legislatore, sia stato comunque garantito nella strada intrapresa dal Decreto?

Il principio di solidarietà sociale si salva solo attraverso la copertura economica dei costi in relazione alla tipologia di prestazioni che si intende erogare. È di tutta evidenza che in campo sanitario alcune prestazioni hanno costi elevatissimi, dovuti all'altissima tecnologia utilizzata. Se si considera che la Sardegna ha 1.500.000 abitanti, è ovvio che l'incidenza di tali costi sia estremamente elevata in rapporto all'utenza. Dovrebbe quindi essere premiata la capacità di realizzare accordi gestionali tra Asl regionali e/o extraregione, che favoriscano l'integrazione e l'accorpamento di queste prestazioni per contenerne i costi. In Sardegna esistono poi alcune patologie, quali l'anemia mediterranea, altrove quasi assenti e l'incidenza del diabete è doppia rispetto alle altre Regioni. Questa situazione ha delle ripercussioni, in termini anche sociali, su tutto il sistema, per cui mi pare del tutto insufficiente prevedere una semplice ripartizione di generici 'risparmi' delle Regioni più virtuose nel confronto con quelle benchmark. Secondo me queste problematiche dovrebbero essere affrontate con un approccio diverso, nel momento in cui bisogna conferire loro la giusta consistenza di copertura economica: la valutazione della popolazione va 'pesata' anche in tal senso, e non solo per fascia d'età. In linea di massima mi sembra che si sia comunque intrapresa una strada sufficientemente virtuosa. ■

Speciale Regione Friuli Venezia Giulia



Maggiore efficienza grazie a nuovi modelli organizzativi



INTERVISTA A

RENZO TONDO

Presidente Regione Friuli Venezia Giulia

Presidente, quali sono state le strategie che hanno portato la sua Regione a gestire un sistema sanitario che ha raggiunto elevati livelli di qualità assistenziale contenendo l'aumento fisiologico della spesa sanitaria?

In un contesto storico notoriamente caratterizzato da un'accentuata scarsità di risorse, le strategie delineate dal Piano Sociosanitario Regionale per il triennio 2010-2012 sono indirizzate ad impedire con decisione tagli all'offerta di servizi sanitari resi ai cittadini attraverso la ricerca e la realizzazione di maggiore efficienza a tutti i livelli del sistema. Questo allo scopo di conseguire recuperi di risorse necessari a consentire non solo la tenuta dei già elevati livelli di prestazioni offerti, ma anche di intervenire per superare certe criticità e disomogeneità, garantendo così nel concreto equità e pari dignità di accesso a tutte le categorie di utenti, ovunque essi risiedano.

Il miglioramento dell'efficienza, unitamente alla revisione della re-

te ospedaliera regionale, rappresentano pertanto due delle quattro principali direttrici individuate dalla programmazione regionale per il triennio. La presa in carico integrata delle persone affette da malattie croniche e disabilità e la riorganizzazione della centrale operativa dell'emergenza completano il quadro dei fondamentali impegni che la Giunta regionale vuol portare a compimento in campo socio-sanitario entro la fine del prossimo anno.

Parallelamente vengono confermati gli obiettivi di salute previsti dagli atti di programmazione regionale degli anni precedenti, in particolare per quanto concerne la riduzione dei tempi di attesa, il completamento della rete di assistenza ai malati terminali, gli interventi programmati nel campo della riabilitazione, dell'assistenza domiciliare, del materno-infantile e dell'oncologia, nonché la piena attuazione di quanto già efficacemente avviato nei settori della prevenzione e promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, della lotta alle dipendenze e della tutela della salute mentale.

Nonostante gli ottimi risultati raggiunti, esistono ancora alcuni problemi che riguardano in particolare la riorganizzazione del sistema ospedaliero. Un piano di riforme nel comparto sanitario è stato annunciato proprio per questa primavera. Vuole illustrarcelo nelle sue linee essenziali?

Per quanto concerne la riorganizzazione del sistema ospedaliero, l'obiettivo che la programmazione regionale intende perseguire è, una volta ancora, la creazione di un assetto organizzativo non autoreferenziale, ma ispirato a dare risposta agli effettivi bisogni espressi dai cittadini, tenendo conto della loro evoluzione. C'è stato un tempo in cui era l'offerta a determinare la domanda. Oggi occorre invertire questo rapporto attraverso un modo diverso di progettare e realizzare sistema e servizi, suscettibile di colmare le carenze eliminando le inutili sovrapposizioni, per liberare nuove sinergie e garantire efficienza.

Il Piano Sociosanitario Regionale indica per ciascuna Azienda sanitaria le sedi ospedaliere pubbliche obbligatorie e le funzioni che debbono essere necessariamente garantite, le quali sono tenute ad assicurare e mantenere nel tempo la presenza dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti per l'accredi-

tamento, nonché volumi di attività idonei a garantire sicurezza. Il mantenimento di funzioni e strutture ulteriori rispetto a quelle individuate come obbligatorie rimane vincolato al preliminare soddisfacimento di una serie di condizioni, che sostanzialmente vanno ricondotte all'effettiva presenza di domanda da parte dell'utenza, alla capacità di assicurare qualità al-

le prestazioni erogate anche in relazione ad una sufficiente casistica trattata, alla possibilità di sostenerne i costi da parte dell'Azienda erogante. Vengono nel contempo individuate modalità organizzative che promuovano maggiore integrazione fra le attività svolte dalle diverse Aziende, in particolare fra quelle presenti all'interno di una medesima Area Vasta, privi-



legiando modelli di collaborazione a rete e dipartimentali destinati a mettere in comune risorse, spazi, tecnologie e soprattutto competenze.

Occorre dunque distinguere tra l'esigenza di garantire l'erogazione della funzione ospedaliera e la definizione della relativa formula organizzativa. In altre parole la presenza di una funzione in una sede

ospedaliera non necessariamente presuppone l'esistenza o il mantenimento di un'unità operativa specifica. Le Aziende sanitarie della Regione sono chiamate, pertanto, a rivedere i propri organigrammi nel rispetto di tali principi, individuando le proprie funzioni obbligatorie o vincolate e quelle da coordinare con le altre Aziende di Area Vasta sulla base di specifici accordi.

Le Regioni a statuto speciale e delle due Province autonome saranno escluse dal benchmark previsto per la determinazione dei costi standard e potranno avviare il sistema dei costi standard in autonomia con il solo obbligo di garantire la comunicazione al Governo sugli atti intrapresi. Soddisfatti di questo risultato?

La Regione ha svolto autonomamente una propria ricerca di benchmark, che aveva come riferimento l'ambito regionale e quello nazionale. Questa analisi ha supportato la profonda revisione apportata al sistema di finanziamento alle Aziende sanitarie regionali a partire dall'anno in corso. Il nuovo modello supera in via definitiva le tradizionali assegnazioni su base storica, evolvendo verso criteri di maggiore equità territoriale, anche in questo caso più aderenti ai bisogni reali delle popolazioni ed ai livelli di offerta garantiti, in una nuova ottica integrata di Area Vasta. Al tempo stesso esso induce la necessità di una visione più ampia e collaborativa in ambito provinciale ed attribuisce alle Aziende maggiore autonomia decisionale, essendo le stesse a concordare, nella propria Area, in relazione alle necessità ed ai bisogni individuati, l'entità dei riparti singolarmente attribuibili. ■

Vengono privilegiati modelli di collaborazione a rete e dipartimentali destinati a mettere in comune risorse, spazi, tecnologie e soprattutto competenze



Sinergie più ampie e cittadini consapevoli per garantire salute e benessere a tutti



INTERVISTA A

VLADIMIR KOSIC

Assessore Regionale alla Salute,
Integrazione sociosanitaria
e Politiche sociali,
Regione Friuli Venezia Giulia

Assessore, a fine 2010 sono state approvate le “Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2011”. Quali gli obiettivi e le progettualità?

Siamo ormai entrati nel quarto anno di questa legislatura. Abbiamo impiegato i primi 30 mesi per dar corpo ad un nuovo modello di *governance* del sistema ed ora, proprio con le Linee di gestione 2011, siamo impegnati a dare concretezza a quanto abbiamo delineato nel Piano sociosanitario per il triennio 2010-2012 che, come ha ricordato il presidente Tondo, è riconducibile a quattro strategie: presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità, revisione della

rete ospedaliera, riorganizzazione della centrale operativa dell'emergenza, miglioramento dell'efficienza del sistema nel suo complesso per produrre risparmi di spesa da reinvestire nel settore. Un aspetto, questo, assai importante, in senso assoluto e in particolare nell'attuale crisi economica.

In pratica quello che stiamo facendo, in sinergia con le Aziende sanitarie ed ospedaliere, è declinare gli obiettivi in fatti. E qui credo che la chiave del ragionamento consista nell'aver ribaltato l'approccio alla questione, chiudendo la stagione dei servizi organizzati sull'offerta, ma introducendo una visione che sappia mettere sempre al centro la persona, con i suoi bisogni che

cambiano, e quindi sulla necessità di produrre servizi centrati sulla domanda.

Tradotto, poiché sono convinto che sia fondamentale investire in salute anche in un periodo di difficile congiuntura, abbiamo fatto ogni sforzo possibile per evitare tagli sia in sanità che in assistenza. Così per il 2011 abbiamo assegnato alla sanità e al sociale le stesse risorse dell'anno precedente, chiedendo sacrifici ad altri settori. Il che ci consente di mantenere inalterati i livelli di prestazioni ed anzi di programmare anche alcune interessanti iniziative di sviluppo. E poi stiamo premendo l'acceleratore sul fronte del contenimento dei tempi d'attesa, responsabilizzando le Aziende in un'ottica di risposta assicurata in ambito di Area Vasta; investiamo moltissimo (il 7% del bilancio della sanità) in prevenzione e parallelamente destiniamo crescenti risorse al sociale: 12 milioni in più in quattro anni al Fondo per l'Autonomia Possibile, introduzione del Fondo Gravissimi che si occupa dei bisogni di 340 persone che non hanno voce. Inoltre, dopo un parziale blocco del turn-over del personale (e solo per il 2010), da quest'anno consentiamo di sostituire ogni dipendente del comparto andato in pensione.

Come confermano anche i dati pubblicati dal rapporto Osservasalute 2010, realizzato dall'Università Cattolica di Roma,

la gestione dell'assistenza sanitaria nella Regione Friuli Venezia Giulia è una delle migliori. Quali azioni intendete intraprendere per garantire una sempre maggiore qualità dei servizi e sicurezza del paziente?

Sottolineerei che nella riorganizzazione della rete ospedaliera basata sul modello "hub & spoke" stiamo concentrando le cure complesse negli ospedali principali, dove la casistica elevata aumenta la professionalità e dove sono presenti tutti i servizi necessari in caso di emergenza. E contemporaneamente rafforziamo la medicina sul territorio, in modo da assicurare la necessaria

continuità assistenziale, anche affidando un ruolo crescente alla medicina generale. Questo in prospettiva comporterà anche la chiusura di qualche reparto dove la casistica affrontata è troppo ridotta. Ciò consentirà risparmi, è vero, ma lo faremo soprattutto ai fini della qualità e della sicurezza.

Ma c'è un altro aspetto che mi preme evidenziare. Nella nostra società, con una popolazione che tende ad invecchiare, salute e ricerca del benessere non possono essere più garantiti dalle sole organizzazioni sociosanitarie, ma devono essere presenti in tutte le azioni della politica e devono sapersi giovare di collaborazioni e di sinergie più ampie, nonché di una maggiore presa di coscienza individuale dei cittadini. Una visione strategica, quella della Regione, che dunque non si esaurisce in una cartella clinica, ma punta allo sviluppo di una cultura della promozione della salute, a più livelli. Coinvolgendo enti locali, sistema scolastico, imprese, associazioni di volontariato. Penso alla sicurezza nei luoghi di lavoro, a come evitare gli incidenti domestici, a come creare nei giovani e negli adolescenti la consapevolezza sui rischi che corrono: alcol, sostanze stupefacenti, incidenti del sabato sera, malattie sessualmente trasmesse. Insomma, qui si tratta di creare un contesto favorevole alla salute riorientando i servizi, costruendo alleanze tra soggetti non omogenei, all'interno e fuori il sistema sanitario. Si tratta di garantire la *governance* di sistema, spo-

Ogni Regione dovrebbe dimostrare di essere capace di autofinanziarsi

stando sempre più gli investimenti dalla cura della malattia alla promozione della salute. Tra l'altro anche così si garantisce la sostenibilità economica. Basti pensare – ed è solo un esempio – all'enorme differenza di costi tra l'asportare un adenoma in fase iniziale, individuato grazie ai programmi regionali di screening, o il dover intervenire tardivamente per fronteggiare un carcinoma invasivo, anche con l'utilizzo di farmaci oncologici estremamente cari.

Ritiene che il decreto legislativo sui costi standard consentirà alle Regioni di affrontare la sfida di rispondere ai fabbisogni sanitari della propria popolazione garantendo una razionalizzazione delle spese?

Il Friuli Venezia Giulia, anticipando in qualche modo il federalismo fiscale, è uscito dal Servizio Sanitario



Nazionale nel 1996. Ciò significa che da allora gestiamo il settore con risorse che derivano esclusivamente dalle compartecipazioni al gettito fiscale. E significa che abbiamo sempre e comunque garantito il pareggio di bilancio, senza mai chiedere soccorso al Governo centrale. In tutti i settori *fasin di bessô* (facciamo da soli), sottolineano orgogliosamente i friulani. Ed anche in sanità tutte le giunte regionali che si sono succedute dal 1996 ad oggi hanno saputo razionalizzare e riorganizzare quel tanto che basta per evitare imbarazzanti disavanzi. Sono convinto che ogni Regione dovrebbe dimostrare di essere capace di autofinanziarsi e in quest'ottica l'introduzione del criterio dei costi e dei fabbisogni standard dovrebbero poter stimolare efficacia, efficienza e qualità, anche grazie all'introduzione di meccanismi di verifica per capire se i costi sostenuti sono coerenti con i servizi resi e le risposte date ai bisogni dei cittadini. Tuttavia in molte realtà rimane il problema del rientro dal deficit e quindi ho l'impressione che questa strada sia ancora lunga.

Come passo indispensabile mi permetterei di suggerire alle Regioni che non lo hanno fatto di introdurre, come noi, un Dipartimento Servizi Condivisi, per la gestione centralizzata delle forniture per tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere: le economie di scala sono assolutamente rilevanti. ■

Promuovere una cultura migliore della gestione delle organizzazioni sanitarie



INTERVISTA A

MAURO DELENDI

Presidente della Sezione Regionale Friuli Venezia Giulia ANMDO

È stato da poco pubblicato dal Ministero della Salute il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2009". Cinquecentomila ricoveri e due milioni di giornate di degenza in meno per un risparmio di circa 1,2 miliardi di euro rispetto al 2008. Può farci un quadro della situazione in Friuli?

La realtà attuale della Regione Friuli Venezia Giulia deriva da un disegno di razionalizzazione avviato nel 1986 con un Piano Sanitario Regionale coraggioso, al quale sono seguiti altri interventi legislativi di riordino: ora il tasso di ospedalizzazione è drasticamente ridotto (158,7 x 1.000 nel 2009 vs circa 200 x 1.000 nel 1986). Attualmente il Servizio Sanitario Regionale dispone di circa 4500 posti letto, attraverso i quali garantisce circa 190.000 dimissioni (25% day hospital), in progressi-

Le realtà di questo Paese sono diverse: la gestione efficiente delle risorse deve salvaguardare il diritto dei cittadini all'equità di accesso ai servizi

va riduzione: questo percorso ha condotto il Servizio Sanitario Regionale ad offrire un servizio di buona qualità con aspetti di compatibilità economica ancora accettabili, nonostante la pesante fase congiunturale. Inoltre, il fatto di essere fuori dal Fondo Sanitario Nazionale dal 1996, ha costretto il nostro Servizio Sanitario Regionale a fare i conti con budget non più ripianabili a fine esercizio. Ne è derivata una notevole responsabilizzazione gestionale del sistema.

Quali azioni volte al potenziamento degli aspetti di qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese in ambito ospedaliero devono essere incrementate nella sua Regione?

È necessario superare la tendenza ancora presente (non solo in Friuli Venezia Giulia, ovviamente) a far prevalere il prestigio dell'acquisizione di una tecnologia sulle effettive possibilità di gestione efficiente ed efficace nella sede in cui la si vorrebbe collocare. È necessario sfa-

tare l'errata convinzione che una buona sanità sia tanto migliore quanto più è vicina a casa. Il sistema deve garantire equità di accesso a prestazioni di elevata qualità, differenziate per complessità, e questo concetto va sviluppato anche migliorando le condizioni di accoglienza e di mobilità dei cittadini: moltiplicare i punti di erogazione

mette a rischio la sicurezza e l'efficacia soprattutto delle prestazioni più qualificate, ancor prima di gravare sui costi. Promuovere una migliore cultura della gestione delle organizzazioni sanitarie, *evidence-based*, e diffonderla adeguatamente tra i professionisti della salute, può essere una leva importante per modificare i processi decisionali.

È soddisfatto del via libera al Decreto Legislativo sui costi standard o vuole evidenziare qualche elemento di criticità?

Sì, perché dovrebbe – tra l'altro – costringere il sistema a concentrarsi su una modalità di determinazione del fabbisogno diversa dal 'costo storico'. È un progetto ambizioso, che dovrà essere persegui-



to con equilibrio, ponderando i riflessi delle modalità attuative. Difficilmente uno strumento è buono o cattivo di per sé: rischia di diventare l'una o l'altra cosa secondo il modo in cui viene utilizzato. Le realtà di questo Paese sono diverse e, se è meritorio il principio di perseguire equità e virtù nei criteri di gestione delle risorse, va salvaguardato anche il diritto dei cittadini all'equità di accesso ai servizi necessari. Il tutto con la massima trasparenza. Viene ribadito il principio distributivo del finanziamento, che punta ad una allocazione inversa rispetto all'attuale (44% agli ospedali, 51% al territorio e 5% all'assistenza sanitaria collettiva). Il raggiungimento di questo obiettivo passa per una serie di azioni organizzative convincenti nei risultati, che spingano i cittadini verso adeguati servizi territoriali non per decreto, ma in quanto persuasi dai fatti che questi siano in grado di dare risposte di qualità elevata che, quindi, non è più necessario cercare in ospedale. Altrimenti c'è il rischio che si concretizzi lo stesso scenario innescato da Ponzio Pilato 2000 anni fa: posto Barabba l'ospedale e Gesù il territorio, gli utenti continueranno a scegliere Barabba/ospedale, in barba a tutti i decreti ed agli illuminati contenuti che li sostengono. Così si perpetuerebbe il modello attuale incentrato sulle strutture ospedaliere. ■

Il ruolo del farmacista ospedaliero nel nuovo assetto istituzionale del federalismo



INTERVISTA A
NICOLÒ LEMESSI
Segretario Regionale SIFO,
Regione Friuli Venezia Giulia

Il prossimo congresso della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera verterà sui cambiamenti che l'introduzione delle nuove tecnologie ha apportato alla figura del farmacista ospedaliero e territoriale. Ritiene che la sua Regione stia offrendo le massime opportunità a chi, come il farmacista, si occupa di inserire con successo il farmaco o il dispositivo nel processo assistenziale complessivo del paziente?

Nella Regione Friuli Venezia Giulia il farmacista è da sempre presente nei percorsi decisionali delle Aziende per i Servizi Sanitari e Aziende Ospedaliere che interessano farmaci e dispositivi.

Questa presenza all'interno delle varie commissioni aziendali ha contribuito e contribuisce ad affrontare il processo di inserimento delle nuove tecnologie con la competenza dei farmacisti ospedalieri e secondo rigorosi criteri che nel tempo si sono consolidati grazie alla costante opera di aggiornamento svolta dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Far-

maceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO) a favore di tutti i colleghi. Efficienza, valutazione delle evidenze della ricerca clinica e degli esiti dei trattamenti sono alcuni di questi aspetti.

Quanto al processo assistenziale complessivo, il farmacista ha ormai sviluppato le competenze per contribuire alla gestione della terapia del paziente in ordine agli aspetti legati al farmaco ed al dispositivo.

Tale attività, già avviata in alcune strutture, risente purtroppo di un numero limitato di farmacisti in servizio.

Per questo motivo va visto positivamente il processo di riorganizzazione della logistica del farmaco e del dispositivo che ha in atto la Regione e che dovrebbe consentire il recupero di figure professionali da mettere a disposizione per questa attività in un momento di diffusa scarsità di risorse.

Quale importante ruolo può svolgere la Società Italiana di Farmacia

Ospedaliera perché il nuovo assetto istituzionale che si va delineando con l'applicazione del federalismo fiscale costituisca davvero un'opportunità per migliorare le prestazioni del nostro servizio sanitario in generale, e in particolare per garantire l'accesso ai farmaci e agli ausili terapeutici a tutti i cittadini, indipendentemente dalla Regione di residenza?

La Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO) è da sempre attenta all'evoluzione della sanità ed ai nuovi assetti istituzionali.

Già in occasione dei congressi nazionali del 2006 e del 2008 la SIFO si è posta il problema dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale in direzione di un sistema su base federale proponendo in questa chiave le funzioni dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri e Territoriali.

Nella nostra Regione il farmacista è da sempre presente nei percorsi decisionali

E ancora nel 2010 la SIFO si interrogava sul diritto alla salute e sulla sostenibilità in una sanità federale. Recentemente poi da parte dei vertici della Società si è segnalato il fatto che l'accesso ai farmaci innovativi avvenga in maniera non uniforme tra le Regioni, sollecitando una soluzione a questo problema.

Quanto al ruolo della Società, questo si esplicita con la proposizione di modelli omogenei di verifica, controllo e prestazioni applicabili in tutte le realtà regionali.

In tal senso si muovono vari progetti della SIFO quali l'implementazione della Raccomandazione 7 e il farmacista di Dipartimento.

I farmacisti della SIFO sono pronti nel cogliere l'opportunità, come in ogni occasione di cambiamento, di mettere a disposizione la propria competenza e la rete di servizi di cui fanno parte per un miglioramento delle prestazioni in un'ottica di razionalizzazione delle risorse, ma nel rispetto del diritto alla salute. ■





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

