

THEMA

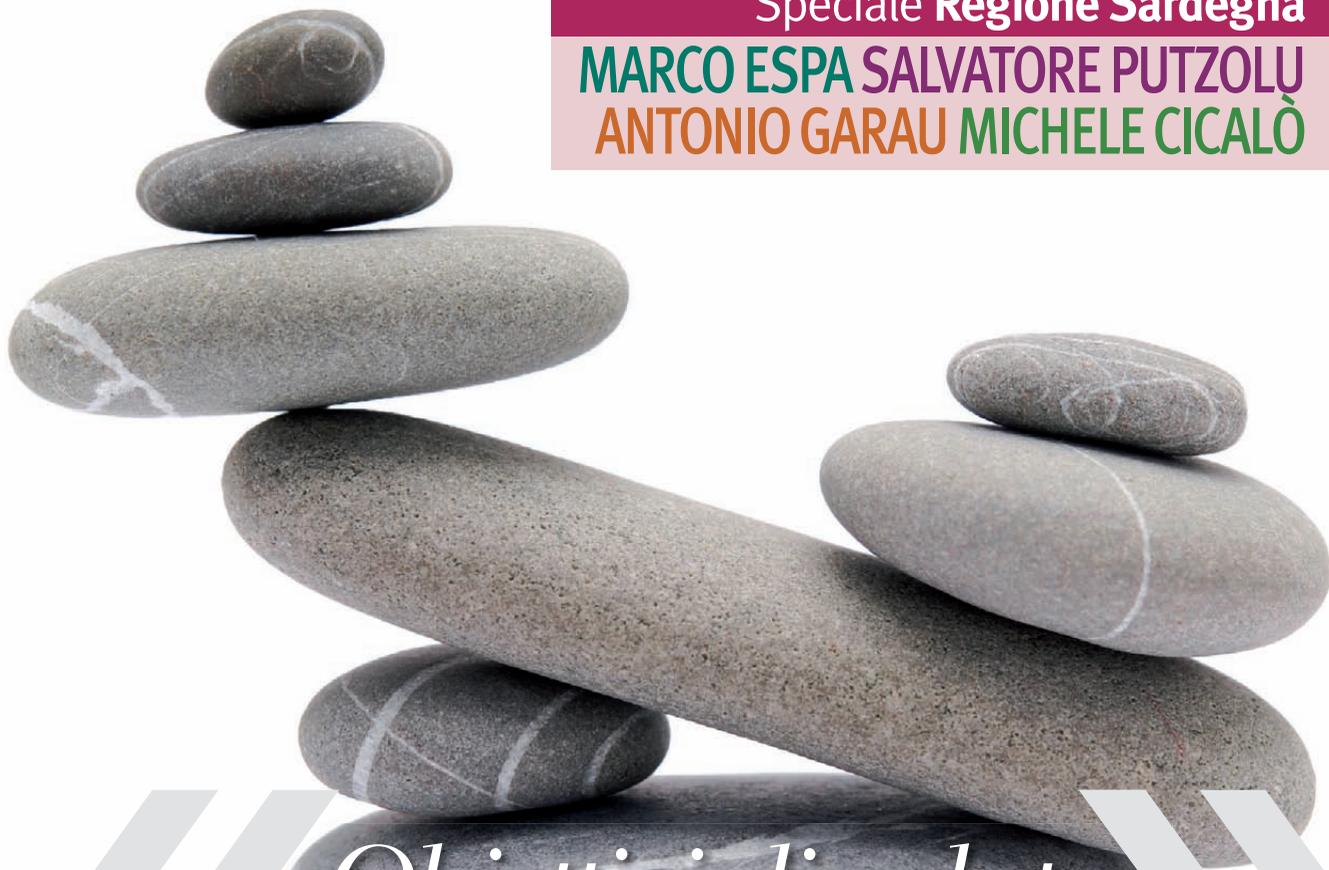
Protagonisti della sanità

numero 3 2011

FRANCESCO BEVERE VINCENZO POMO
LUCIA BORSELLINO MARIA GRAZIA FURNARI
DAMIANA PEPE GIADA LI CALZI ROBERTO GRINTA

Speciale Regione Sardegna

MARCO ESPA SALVATORE PUTZOLU
ANTONIO GARAU MICHELE CICALÒ



*Obiettivi di salute
e obiettivi finanziari*

Fuori Thema

Per limitare gli effetti negativi della crisi sulla salute delle persone è essenziale che ogni Regione gestisca in modo più efficace i propri bilanci sanitari, individuando anche i fattori di compensazione attraverso i quali continuare a garantire servizi e prestazioni di qualità elevata e adeguati a rispondere alla domanda di salute dei cittadini.

Se il Ministero si sta attivando per avviare uno strumento di analisi di scenario per la determinazione delle priorità nei prossimi dieci anni e creare una commissione per la discussione e proposta dei nuovi LEA e un'altra per i nuovi DRG, le Regioni hanno individuato la strada del cambiamento nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione delle complessità e delle patologie croniche, e nell'organizzazione in rete dell'assistenza sanitaria.

L'obiettivo è quello di riuscire a garantire una sanità con standard elevati e sempre più centrata sui bisogni della popolazione residente.

THEMA numero 3 2011

Supplemento al n. 3 – 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 ottobre 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.



Ogni realtà regionale merita una sua specifica attenzione
FRANCESCO BEVERE



Come tracciare la strada di un cambiamento sostenibile del Servizio Sanitario Regionale
VINCENZO POMO



Riqualficazione delle cure e territorio al centro dei nuovi obiettivi di salute
LUCIA BORSELLINO, MARIA GRAZIA FURNARI, DAMIANA PEPE



Standard europei e bisogni locali di salute
GIADA LI CALZI



Progetti per un'assistenza sanitaria centrata sui bisogni della popolazione residente
ROBERTO GRINTA

Speciale Regione Sardegna



Umanizzazione della sanità: la rivoluzione copernicana in atto in Sardegna
MARCO ESPA



Procedure più semplici e vicine al cittadino
SALVATORE PUTZOLU



Nuovi investimenti e professionalità di alto livello per un ospedale fortemente radicato nel territorio
ANTONIO GARAU



Nuove direttrici culturali e metodiche operative nella distribuzione dei farmaci
MICHELE CICALÒ



Ogni realtà regionale merita una sua **specificata attenzione**



INTERVISTA A

FRANCESCO BEVERE

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ministero della Salute

Quali azioni ha intrapreso il Ministero, e in particolare la Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria, per venire incontro alle esigenze di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria delle Regioni impegnate nei Piani di Rientro?

Il Ministero è pienamente consapevole delle difficoltà delle Regioni impegnate nei Piani di Rientro

ed ha attivato dei meccanismi di affiancamento finalizzati a tentare di conciliare l'impegnativa opera di risanamento economico-finanziario con quella di continuare a garantire servizi sanitari adeguati a tutelare la salute delle popolazioni. La preoccupazione è infatti quella che l'esigenza di mettere i conti a posto possa compromettere la quantità e, talvolta, la qualità dei servizi offerta. Ogni Regione ha la sua specifica situazione ed è per questo che ogni realtà merita un'attenzione particolare.

È stato da poco presentato ed è disponibile sul sito del Ministero il primo Manuale sull'audit clinico rivolto agli operatori per migliorare le cure e renderle più sicure. Per quali motivi ritenete fondamentale incoraggiare la sua applicazione a livello locale, regionale e nazionale?

È essenziale che la pratica dell'audit clinico, oggi attuata nel nostro Paese in modo molto eterogeneo non solo tra Regione e Regione, ma anche tra diverse Aziende della stessa Regione e persino all'interno della stessa Azienda, diventi uno strumento sistematico e diffuso in modo omogeneo su tutto il territorio



nazionale. È per questo che abbiamo messo a disposizione uno strumento che può rappresentare un utile punto di riferimento per tutti coloro che avvertano questa esigenza di qualità, che non può essere imposta, ma dovrebbe essere patrimonio culturale di tutti quelli che operano in ambito sanitario.

Uno dei nervi scoperti del federalismo sanitario è sicuramente la mancata approvazione dei nuovi LEA. Restano quelli in vigore ormai da dieci anni senza che si tenga conto dei cambiamenti introdotti nella nostra sanità dal progresso tecnologico. Nella corsa a produrre consistenti risparmi di spesa sanitaria, non pensa che questo possa compromettere la capacità di rispondere pienamente ai bisogni dei cittadini?

Non vi è dubbio che dieci anni sono tanti e che in dieci anni, con i ritmi dell'attuale ricerca biomedica e biotecnologica, moltissime cose sono cambiate. Il Ministero ha piena consapevolezza della necessità di af-

frontare la determinazione delle priorità e della relativa sostenibilità in sanità e si sta attivando in diverse forme per affrontare queste sfide. Tra le misure concrete che avvieremo: uno strumento di analisi di scenario per la determinazione delle priorità nei prossimi dieci anni, una commissione per la discussione e la proposta dei nuovi LEA ed una per i nuovi DRG.

È stato pubblicato da poco il rapporto SaniRegio 2011, nel quale il CERM analizza le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. Vuole fare un suo commento ai dati presentati?

Anche in questo pregevole rapporto viene sottolineata l'enorme eterogeneità che esiste nel nostro Paese in tutte le caratteristiche dei sistemi sanitari: livelli di spesa, sistemi di programmazione e controllo, utilizzazione dei servizi e, conseguentemente, indicatori sanitari, aspettativa di vita, performance ospedaliere e territoriali e, non ultimo, il livello di soddisfazione dei cittadini. Il nostro sistema è indubbiamente difficile da governare per-

ché caratterizzato da un livello centrale di programmazione, finanziamento, garanzia e controllo ed un livello regionale di programmazione, organizzazione e gestione, con tutte le differenze che le singole Regioni hanno in termini di storia, cultura, caratteristiche economiche e sociali.

Il nostro obiettivo è proprio quello di far sì che queste differenze continuino a rappresentare una ricchezza del nostro Paese e non determinino invece diversificati livelli di qualità che si concretizzano, alla fine, in una profonda diseguità tra cittadini che vivono in Regioni più ricche ed efficienti, e che quindi godono di servizi e prestazioni migliori, rispetto ai cittadini di altre Regioni meno efficienti. ■

È indispensabile che le differenze regionali rappresentino una ricchezza del nostro Paese e non determinino invece livelli diversificati di qualità dell'assistenza



Come tracciare la strada di un cambiamento sostenibile del Servizio Sanitario Regionale



INTERVISTA A

VINCENZO POMO

Direttore Area Sanità,
Assessorato Salute
Regione Puglia

L'organizzazione in rete dell'assistenza clinicosanitaria sta assumendo un ruolo sempre più centrale, nell'ottica di offrire percorsi assistenziali centrati sulle esigenze dei pazienti. A che punto è l'introduzione di questo innovativo modello di organizzazione nella sua Regione e in che modo ritiene possa realizzare l'obiettivo di incrementare l'appropriatezza clinica garantendo l'efficienza del sistema?

Il tema dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) è ormai al centro dell'attenzione di tutti gli attori del mondo sanitario, dai decisori, agli operatori ed ai pazienti, per l'evidente motivo che le patologie croniche o quelle caratterizzate da forte complessità sono sempre più prevalenti e rappresentano la principale voce di costo dei sistemi di welfa-

re avanzati. Il concetto stesso di percorso indica la necessità di intersecare diversi livelli di assistenza in grado di individuare un modello reticolare per gestire un problema di salute. Aggiungo che per soddisfare a pieno i bisogni dei cittadini è necessario assicurare anche la presa in carico del problema da gestire secondo PDT e reti assistenziali. La Regione Puglia sta attuando questa logica in alcuni settori particolarmente delicati, quali sono quelli dell'emergenza, delle patologie cardiovascolari, delle malattie rare ed altre patologie a forte rilevanza per frequenza, costi o gravità. Un esempio di gestione dei PDT in fase acuta è la rete per l'IMA, che si attiva sin dal primo soccorso territoriale in quanto il sistema 118 è dotato di telecardiografi che consentono di formulare una diagnosi immediata e di orientare la gestione dei pazienti con ischemia cardiaca secondo protocolli assistenziali e di presa in carico presso strutture idonee alla gravità del paziente. In Puglia

questo sistema ha consentito di salvare molti pazienti, grazie alla tempestività degli interventi sanitari. Mi pare, peraltro, che ciò sia una lampante prova di come i PDT promuovano l'appropriatezza di ciò che si fa in sanità.

Uno degli ambiti più importanti per contenere i costi sanitari è quello della prevenzione delle malattie croniche. Quali nuovi percorsi avete individuato perché questa strategia sia efficace?

La Puglia è impegnata per il triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro. Esso prevede la disattivazione di 18 plessi ospedalieri e la contestuale attivazione o potenziamento di Strutture Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, per promuovere modalità alternative al ricovero ospedaliero. Il programma prevede di governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie croniche, mirando ad una forte integrazione sociosanitaria, e di attivare processi di riorganizzazione delle cure primarie per traghettare il Piano di Rientro dentro l'alveo del cambiamento sostenibile del Sistema Sanitario Regionale. La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi, ospedali genera tensioni nelle comunità, che vanno superate assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure dal punto di vista del rischio clinico, promuovendo la prevenzione, sviluppando il sottosistema dell'emergenza/urgenza e costruendo il Sistema Territoriale per le Cure Primarie per sostenere, in particolare,

Per soddisfare i bisogni dei cittadini è necessaria la presa in carico del problema da gestire secondo i percorsi diagnostico-terapeutici e le reti assistenziali

la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori a rischio.

All'interno di questo quadro è indispensabile sviluppare un modello che permetta di governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona; guidare e orientare il paziente cronico nella complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico; abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere sociosanitario e assistenziale dall'altro.

L'ARES ha chiesto alla Giunta Regionale di utilizzare i risparmi di bilancio delle passate annualità per intervenire nei Comuni interessati dal riordino, per implementare un modello di assistenza primaria e di integrazione con i servizi specialistici territoriali per la presa in carico di pazienti cronici, già sperimentato nell'area della ASL Lecce (Progetto Leonardo), con ottimi risultati in termini di salute e di soddisfazione degli utenti coinvolti. Si è trattato di un processo che ha puntato sull'empowerment di pazienti cronici, per intervenire anche sui versanti non sanitari della cura

e che investono l'atteggiamento nei confronti della malattia e i propri stili di vita.

È stato predisposto un programma con l'analisi dei bisogni delle popolazioni locali interessate e la mappatura dei servizi extraospedalieri



disponibili. Ne emerge un quadro esauriente del sistema di domanda/offerta di un'ampia fascia di popolazione, su cui si svilupperanno le azioni di cambiamento. L'obiettivo del modello assistenziale di presa in carico, infatti, è quello di mirare alla soddisfazione dei bisogni delle popolazioni locali attraverso forme più adeguate, umanizzanti e sostenibili di organizzazione sanitaria.

Dal Rapporto PIT Salute 2010 di Cittadinanzattiva 'Diritti: non solo sulla carta' emergono dati preoccupanti soprattutto sulla durata delle liste di attesa, in particolare di TAC ed ecografie, sull'aumento

degli errori terapeutici e diagnostici, e sulle tutele nell'area materno-infantile. La necessità di far quadrare i bilanci sta forse incidendo un po' troppo sulla qualità dell'offerta sanitaria nel nostro Paese?

Non c'è dubbio che una riduzione progressiva di risorse si ripercuoterà sempre di più non solo sulla qualità delle prestazioni, ma ovviamente sulla quantità di prestazioni erogabili. Per effetto del Piano di Rientro in Puglia sono stati fortemente ridimensionati i fondi per la libera professione richiesta ai professionisti in favore dell'Azienda, con inevitabile allungamento dei tempi d'attesa, in particolare per quelle

prestazioni critiche per le quali il ricorso all'art. 55 rappresentava una possibile soluzione per incrementare l'offerta. Il ricorso a quello strumento contrattuale era giustificato in Puglia dalla drammatica carenza di specialisti ospedalieri e territoriali in alcune discipline: non nascondo che questa situazione possa rappresentare anche una condizione di potenziale incremento del rischio di errori. PIT Salute è un sensibile termometro per misurare il disagio dei cittadini rispetto a questi problemi, ma sarebbe necessario che si approfondissero le cause di una crescente riduzione della capacità di tenuta dei sistemi sanitari che si sta determinando per la progressiva riduzione di risorse (non solo finanziarie): se va avanti così il Mezzogiorno sarà destinato ad un forte ridimensionamento delle garanzie per i cittadini.

In questo quadro fosco la Regione Puglia dal 2004 porta avanti, tuttavia, una forte strategia di tutela dei diritti dell'infanzia. *Os...pedaliamo: i diritti dei bambini in movimento* è un programma di umanizzazione nelle Unità Operative Pediatriche Ospedaliere di tutta la Regione, che ha prodotto importanti risultati in tutte le dimensioni della qualità; il programma GIADA è rivolto alla sorveglianza sanitaria degli abusi nei confronti dei minori. *Leggere per crescere* in ambito pediatrico è rivolto a promuovere la lettura delle fiabe in età evolutiva come potente strumento di crescita intellettuale. Cito alcuni dei programmi in corso, ma solo perché quelli elencati sono stati oggetto di numerosi riconoscimenti e premiazioni in ambito nazionale, a testimonianza della loro rilevanza. ■



Riqualficazione delle cure e territorio al centro dei nuovi obiettivi di salute

INTERVISTE A

LUCIA BORSELLINO

Dirigente Generale, Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE), Regione Siciliana

MARIA GRAZIA FURNARI

Dirigente Responsabile, Area Interdipartimentale 2 'Piano di Rientro e Piano Sanitario', Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, Regione Siciliana

DAMIANA PEPE

Collaboratore Professionale Assistente Sociale Esperto, Area Interdipartimentale 2 'Piano di Rientro e Piano Sanitario', Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica, Regione Siciliana

nario di rinnovamento del Sistema Sanitario Regionale avviato in modo strutturato con l'emanazione della legge di riforma sanitaria del 14 aprile 2009 n. 5, punto di svolta anche per le misure poste dal 'Piano di rientro'.

Questo Piano Sanitario traccia gli assi cartesiani del nuovo sistema di salute e introduce assiomatici meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse attraverso un programma di attività fissato su alcuni punti chiave del sistema assistenziale: il cittadino, il territorio, l'equità di accesso a tutte le fasi di intervento (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), la riqualficazione dell'ospedale e la partecipazione attiva dei cittadini per la valutazione della sanità attraverso l'audit civico.

Riprendendo alcuni degli esempi in cui è possibile scorgere elementi innovativi, citiamo il settore territorio-ospedale dove si è proceduto rinvigorendo l'attività dei medici di famiglia e individuando nuovi percorsi per garantire la continuità assistenziale e le cure domiciliari e, contemporaneamente, imputando all'assistenza ospedaliera compe-

Sono in corso di approvazione o sono stati da poco presentati i nuovi Piani Sanitari Regionali 2011-2013. Vuole farci un bilancio degli obiettivi raggiunti nel triennio appena trascorso e delle sfide che vi accingete ad affrontare nel prossimo?

La Regione Siciliana ha approvato il 'Piano della Salute 2011-2013' (DP 18 luglio 2011, GURS n. 32 del 29 luglio 2011), agendo in uno sce-

tenze esclusive per le patologie acute e per la riabilitazione e la lungodegenza.

All'interno del Piano trovano attenzione alcune aree prioritarie di intervento come l'area oncologica, l'area cardiologia, l'area della salute mentale e dipendenze, l'area dei trapianti e quella dedicata alla salute della donna e del bambino.

Inoltre, la riqualificazione delle cure è stata commisurata al profilo omnicomprensivo clinico-assistenziale, secondo il modello di rete 'Hub & Spoke'.

Volendo fare un bilancio dell'ultimo triennio, si potrebbe dire con una battuta che "il cantiere resta aperto, ma l'opera è già visibile". Va aggiunto un altro aspetto, non secondario, rappresentato dal risanamento finanziario conseguito e dall'adozione di modelli sanitari innovativi, ispirati a principi di efficacia ed efficienza, di buona volontà e, soprattutto, di buon senso.

In tutte le Regioni è stato avviato il processo di riorganizzazione della rete

ospedaliera, che prevede la chiusura dei piccoli ospedali o la loro trasformazione in centri specializzati o strutture residenziali. Il potenziamento delle strutture territoriali sta procedendo di pari passo in modo da non lasciare i cittadini privi di un'assistenza alternativa a quella dell'ospedale?

Le risposte di salute in atto in Sicilia si strutturano proprio all'interno di un disegno migliorativo che include anche interventi strategici/funzionali come la riconversione di alcune strutture e l'integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-sanitari per il potenziamento armonico della rete assistenziale territoriale. In questa cornice, tra gli obiettivi che il Sistema Sanitario Regionale persegue, risalta l'implementazione delle cure per la gestione delle patologie non acute e, in particolare, delle cronicità e delle disabilità, tramite la presenza sul territorio dei Presidi Territoriali di assistenza, il rafforzamento della rete dei servizi di riabilitazione e il potenziamento delle strutture residenziali per soggetti fragili, inclusi i centri per le cure palliative.

La vera sfida è contenuta nella quotidiana attività e nell'impegno di tutti gli attori del sistema per conseguire risultati documentabili con il superamento delle criticità di partenza e, inoltre, nella nuova fisionomia della nostra sanità, che ogni giorno assume fattezze sempre più comparabili ai bisogni reali delle persone da assistere e delle loro famiglie. ■



filo diretto



Standard europei e bisogni locali di salute

GIADA LI CALZI

Dirigente Ufficio di Gabinetto
Assessorato Regionale
della Salute, Regione Siciliana

Come si coniugano gli obiettivi di salute e quelli finanziari con i fondi europei assegnati alle Regioni del Sud in tema di salute?

Il tema è rilevante perché la programmazione avviene per obiettivi di salute definiti a livello europeo, ma deve coniugare obiettivi finanziari definiti a livello locale attraverso l'individuazione di interventi che hanno carattere infrastrutturale (livello nazionale).

L'Europa ha posto l'accento sul tema della condizionalità. I principi, in base ai quali i fondi strutturali devono essere utilizzati come leva

per aumentare il loro impatto nel settore Salute, sono:

- ▶ *la connettività*: i progetti contribuiscono a obiettivo/i di un più generale piano di sviluppo regionale;
- ▶ *il cambiamento/trasformazione*: investimenti in nuovi modelli e approcci che affrontino il rischio di prendere le distanze dai modelli tradizionali;
- ▶ *l'accessibilità*: il ciclo di vita dei costi dell'investimento deve essere finanziariamente coperto;
- ▶ *la sostenibilità*: una volta concluso, il progetto deve potere essere replicato in altri contesti e mantenuto nel tempo.

Gli obiettivi sono europei, i fondi sono nazionali, i bisogni sono locali. Come procedere?

Lo strumento innovativo è rappresentato dai programmi di assistenza tecnica, che soffrono però di scarso coordinamento e raccordo nell'attuazione.

L'Assessorato Regionale della Salute della Regione Siciliana è destinatario di una quota di competenza dei fondi europei Po Fesr 2007-2013. In tal senso il Piano di Rientro e Riqualificazione si è rivelato un'occasione di crescita. Ci ha costretto, come Regione, ad analizzare la domanda di salute e a rimodulare l'offerta, a consolidare strumenti di rilevazione epidemiologica e analisi economica, a procedere per pianificazioni che tenessero conto da un lato di variabili locali e dall'altro di standard e scenari sovregionali. E un grande aiuto in tal senso è venuto dall'Agenas.

Ma, solo per fare un esempio, in questo momento sono in partenza 4 diversi programmi di assistenza tecnica nel settore salute per le Regioni dell'Obiettivo Convergenza. Lo sforzo che ognuna di queste Regioni deve fare è connetterli tra loro per evitare sovrapposizioni o dispersioni e, a sua volta, usarli per integrarsi con le altre tre Regioni. ■

Progetti per un'assistenza sanitaria centrata sui bisogni della popolazione residente



INTERVISTA A

ROBERTO GRINTA

Direttore UO Farmacia ZT5 Jesi
UO Budget MMG/PLS ZT5 Jesi
(AN)

In un momento di scarsità di risorse particolarmente difficile come quello che stiamo vivendo adesso, quali progetti avete avviato nel vostro Dipartimento per garantire e agevolare l'accesso ai farmaci delle categorie fragili,

siano esse rappresentate da anziani, disabili, poveri, soggetti affetti da malattie croniche, da problemi di salute mentale, o da dipendenze patologiche?

Prima di tutto è fondamentale fare un'analisi dell'ambiente interno ed



È importante che il budget assegnato sia impiegato tenendo in considerazione i bisogni reali della popolazione di residenza così da produrre assistenza sanitaria mirata

esterno, evidenziando i punti di forza e le criticità del sistema.

Ambiente esterno: la Zona Territoriale 5 di Jesi fa parte delle 13 Zone Territoriali che afferiscono all'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche (ASUR Marche). Quindi le linee di gestione sono determinate dal Direttore Generale ASUR su indirizzo del Dipartimento Salute della Regione.

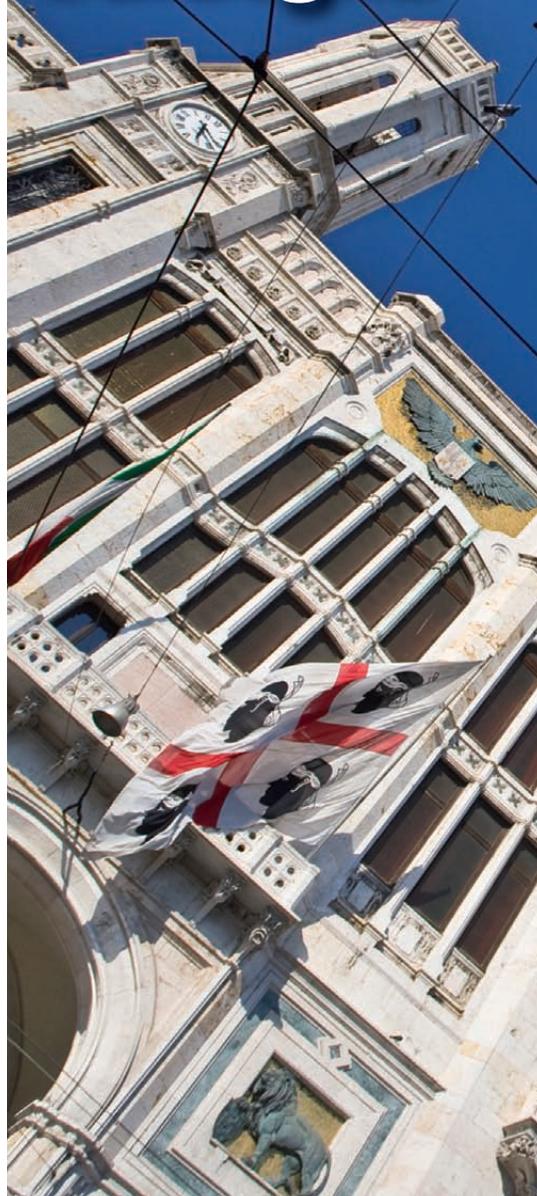
Ambiente interno: la spesa ospedaliera è vincolata da un modello di Prontuario Regionale approvato dalla Commissione Regionale Appropriatezza Terapeutica (CRAT). Il budget della spesa farmaceutica territoriale è gestito mediante protocolli regionali di linee di indirizzo sull'appropriatezza di alcune categorie di farmaci. Gli obiettivi individuati sono singoli (ddd/1000 ab/die) senza un collegamento con altri indici (euro/1000 abitanti).

Sarebbe importante collegare gli indici a dei processi di costo, per reingegnerizzare il percorso di cura del paziente. Per esempio, il paziente diabetico ha un costo standard di circa 1500 euro/anno, di cui il 66% è rappresentato dall'assistenza ospedaliera, il 22% da prestazioni ambulatoriali, l'11% da farmaci, l'1% dai diagnostici; sarebbe opportuno incanalare il costo dei farmaci diabetici in questo percorso così da far diminuire il tasso di ospedalizzazione. Altri esempi possono essere i ricoveri ripetuti nel paziente con scompenso cardiaco e nel paziente con BPCO, e gli accessi al Pronto Soccorso del paziente con gotta o con dolore cronico.

La necessità di mantenere i conti in equilibrio non deve incidere sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini. Ritiene realizzabile questo obiettivo?

L'efficienza di un sistema è rappresentata dall'output/input, mentre la sua qualità ed efficacia sono determinate dall'outcome. Il budget delle Aziende Sanitarie e dei DRG per Aziende Ospedaliere, assegnato in funzione della popolazione, deve cercare di rendere il sistema efficiente per produrre efficacia. Spesso questo approccio è distorto da obiettivi e/o stakeholder che inficiano il sistema. Penso sia determinante che il medico orienti la propria autonomia clinica rispetto al budget assegnato sugli obiettivi reali della popolazione di residenza, in modo da produrre assistenza sanitaria mirata e costruita sulla base dell'esperienza dei professionisti clinici. ■

Speciale Regione Sardegna



Umanizzazione della sanità: la rivoluzione copernicana in atto in Sardegna



INTERVISTA A
MARCO ESPA
Commissione Salute,
Consiglio Regionale
Sardegna

Quali sono, secondo lei, gli interventi ancora da attuare nell'ambito della riforma del Servizio Sanitario sardo per ridurre gli sprechi e offrire servizi sempre più vicini al cittadino?

Io credo che, innanzitutto, sia necessario cambiare completamente il punto di vista dell'attuale governo regionale.

Abbiamo bisogno di ripartire dalla persona, dai diritti umani e civili di ciascuno e di tutti per un miglioramento della situazione sanitaria in Sardegna. Ecco, la parola giusta è vicinanza, la sanità deve essere vicino al cittadino. Per questo stiamo fortemente contestando la pseudoriforma che l'attuale maggioranza stenta a mettere in campo in Sardegna: non tocca il cuore del problema, si occupa solo di burocrazia, di potere, ma non dice una sola parola sui servizi al cittadino.

L'obiettivo della Sardegna, in materia sanitaria, deve essere la tutela della salute dei sardi, la cura della persona, l'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti, la presa in carico di chi è più debole e disagiato.

Per realizzare questi obiettivi servono scelte precise e responsabili di politica sociale, economica e fiscale, che abbiano sempre come punto di riferimento la salute e il benessere delle persone.

In una materia delicata come la sanità non si può procedere a tagli lineari e generalizzati da una parte, creando situazioni di vera difficoltà e disperazione, e contemporaneamente (i commissariamenti delle ASL ne sono stati un esempio) consentire ritardi ingiustificati e sprechi inaccettabili.

È necessario coinvolgere i cittadini e gli operatori con le loro organizzazioni nelle scelte per trovare le misure migliori per soddisfare i bisogni che i sardi rivolgono alla propria Regione, il che consente di personalizzare i servizi, evitare gli sprechi e ottimizzare le risorse.

Un esempio lampante di come possa funzionare bene un modello di dialogo e coprogettazione tra l'istituzione e l'utenza sono i progetti personalizzati previsti dalla legge 162 per le persone con disabilità grave, per i quali la Sardegna costituisce un modello in tutta Italia: iniziative coprogettate con gli interes-

L'umanizzazione deve essere considerata un requisito indispensabile (e non discrezionale) del mondo sanitario al pari degli altri parametri

sati, che hanno consentito a moltissimi disabili gravi di restare in famiglia o di sviluppare percorsi di vita indipendente, e che, oltre ad avere avuto ripercussioni positive sull'emersione del lavoro nero e sulla creazione di nuovi posti di lavoro qualificato, hanno fatto risparmiare alle casse della Regione milioni di euro in ricoveri inutili. Un vero modello di politica lungimirante, che pone il benessere dei cittadini al centro delle scelte delle istituzioni. Per ridurre gli sprechi non possiamo che rafforzare il territorio e uscire da una logica di ospedalecentrismo: i sardi hanno diritto ad una sanità di eccellenza per le acuzie, ma contemporaneamente ad alta eccellenza e qualità nel governo dei servizi sul territorio. Pensiamo ai pazienti dell'area critica: ciò che solo fino a qualche anno fa era un sogno, ovvero la possibilità di passare in certi casi direttamente dalla rianimazione al proprio domicilio, in un percorso in cui l'ospedale assume il ruolo di supporto per il territorio, e in particolare per i medici di famiglia, sta diventando realtà, con il conseguente abbattimento

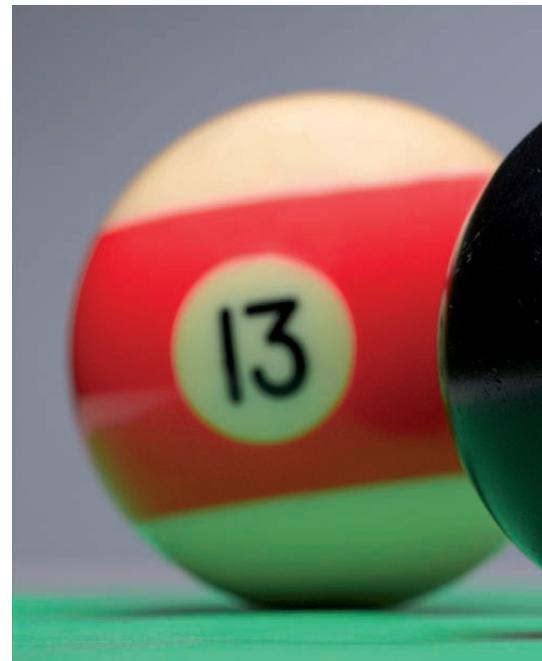
degli altissimi costi che la permanenza in rianimazione, come sappiamo, comporta.

Qual è la sua posizione rispetto al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera in atto nella sua Regione?

Ho già detto alcune cose sopra: ma vorrei approfondire. Nel complesso, credo che l'intera offerta ospedaliera debba essere programmata sviluppando un sistema a rete che risponda in modo coordinato alla domanda della popolazione sarda, attraverso strutture assistenziali con differenti gradi di complessità. Al potenziamento delle strutture d'eccellenza, che garantiscono standard altissimi, deve essere affiancato un insieme di interventi finalizzati a garantire il progressivo potenziamento delle attività alternative al ricovero ordinario (in particolare, assistenza sul territorio e ricoveri diurni), nonché la riduzione dei ricoveri impropri, in modo da assicurare risposte assistenziali appropriate e di complessità adeguata alle specifiche esigenze delle

persone in condizioni di bisogno. È necessario sviluppare una rete di servizi in grado di garantire risposte adeguate sotto il profilo clinico e organizzativo, che sia espressione di un'assistenza che superi la centralità dell'assistenza ospedaliera a favore di quella sul territorio, consentendo – quando possibile – il mantenimento del paziente al proprio domicilio.

Attenzione poi alla chiusura dei piccoli ospedali: se è vero che ormai certe patologie non possono che essere trattate in luoghi fortemente specializzati, dove la casistica vede numeri importanti nell'effettuazione di interventi terapeutici, dobbiamo fare in modo che non si creino sacche di assenza di sanità sul territorio: è ingiustificabile qualunque chiusura, se non in cambio di una



reale presenza sul territorio di assistenza di livello e mai contro le comunità locali.

Rimane poi da affrontare un tema a noi caro, quello dei percorsi di umanizzazione della sanità sia in ospedale sia sul territorio. Stiamo pensando ad una legge che, tenendo conto dei principi di efficienza e di efficacia delle prestazioni sanitarie, permetta di considerare l'umanizzazione come requisito indispensabile (e non discrezionale) del mondo sanitario al pari degli altri parametri. Può essere una rivoluzione copernicana: ci vorrà tempo, ma alla fine la soddisfazione può essere di tutti gli attori, a partire dai cittadini fino agli operatori professionali del settore. ■

Procedure più semplici e vicine al cittadino



INTERVISTA A

**SALVATORE
PUTZOLU**

Direttore Regionale INPS

Quali provvedimenti state attuando per semplificare le procedure di riconoscimento dell'invalidità civile così da venire incontro alle esigenze delle persone con disabilità e alle loro famiglie, limitandone i disagi?

Stiamo provvedendo a rinnovare la convenzione esistente sin dal 2005 tra l'Assessorato alla Sanità della Regione Sardegna e l'INPS. In particolare abbiamo convenuto di realizzare un tavolo tecnico permanente a cui parteciperanno i rappresentanti dell'INPS, della Regione, dei Patronati e delle Associazioni di categoria. Ritengo infatti che sia uno strumento indispensabile per offrire una soluzione efficace

alle problematiche esistenti e per ridurre in breve tempo le attese per la definizione delle pratiche di invalidità civile. Abbiamo inoltre

Obiettivo prioritario è la riduzione delle attese per le pratiche di invalidità civile



provveduto ad organizzare giornate di formazione tra il personale delle ASL, i funzionari e gli informatici INPS, finalizzate ad uno scambio di informazioni e a migliorare l'utilizzo della procedura informatica da parte dei dipendenti delle ASL.

Nel corso di quest'anno abbiamo assistito al battesimo ufficiale del nuovo sistema di trasmissione telematica dei certificati medici all'INPS. Può fare un primo bilancio di come sono andate le cose nella sua Regione e di quali iniziative avete attuato per consentire anche ai medici residenti in aree non raggiunte dalla connessione ADSL di usufruire del servizio?

Il bilancio è sicuramente positivo: da gennaio a maggio di questo anno in Sardegna circa 110.000 certificati medici, pari al 79% del complessivo dei pervenuti, sono stati inviati telematicamente. In merito alle difficoltà rappresentate dai medici di inviare i certificati in aree non raggiunte dalla connessione ADSL, è data la possibilità a questi ultimi di inviare il certificato rivolgendosi al call center telefonico gratuito dell'INPS con l'assistenza di un operatore dedicato. ■

Nuovi investimenti e professionalità di alto livello per un ospedale fortemente radicato nel territorio



INTERVISTA A

ANTONIO GARAU

Direttore Generale Azienda Ospedaliera Brotzu, Cagliari

Quali cambiamenti si stanno realizzando all'interno dell'Azienda Ospedaliera che attualmente dirige, alla luce del nuovo 'Piano della rete ospedaliera regionale', che prevede una sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio?

Il Brotzu è già un ospedale profondamente radicato nel territorio. È nella sua natura, grazie alla sua alta specializzazione, e proprio per questo puntiamo a un miglioramento continuo. È un aspetto importante, a cui tengo molto. Richiede però forti investimenti e professionalità di alto livello: è il nostro impegno. Ci siamo mossi, e continuiamo a farlo, in questa direzione: abbiamo acquistato una TAC di ultima generazione e il robot chirurgico 'Da Vinci'. Sono stati nominati sette nuovi primari. C'è, insomma, un'evoluzione conti-

nua, perché non possiamo permetterci il lusso di vivere di rendita. Tutto questo ha reso possibile un'ulteriore crescita dell'ospedale, che è sempre più punto di riferimento per il territorio e per tutta la Sardegna. Stiamo, ad esempio, cercando di ridurre i tempi delle liste di attesa; con il nuovo direttore della Struttura Complessa di Neurochirurgia, il dottor Luigi Tosatto, abbiamo acquisito nuove competenze e questo ci permette di ridurre, se non di eliminare, la 'mobilità passiva', che è una delle note dolenti della Sardegna. Elementi, ripeto, che contribuiscono alla crescita dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e che si ripercuoteranno positivamente, spero in misura sempre maggiore, su tutto il territorio regionale.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu è sicuramente una realtà di eccellenza nel panorama sardo. Pensate di poter aumentare l'attrattività dell'ospedale rivolgendovi a un pubblico non solo sardo o italiano?

Sì, certo, perché gli investimenti di cui parlavo prima vanno proprio in questa direzione. Non possiamo pensare di limitare l'attività solo all'Isola. Non dobbiamo dimenticare che uno dei fiori all'occhiello dell'Ospedale è il Centro Trapianti che opera su cuore, fegato, pancreas, rene e cornea: il nostro Centro Trapianti può costituire un punto di riferimento per tutto il sud Italia. Può essere già un'ottima base di partenza per estendere il nostro lavoro e

Il Brotzu è in grado di rispondere alla richiesta di salute anche dell'area mediterranea

uscire dai confini regionali, ma questo può dirsi anche per le altre attività, dove vantiamo molte eccellenze. Le nuove tecnologie e le nuove professionalità di cui dispone l'Azienda ci fanno guardare oltre l'Italia. E questo, penso per esempio alla chirurgia robotica o alla stessa neurochirurgia, ci permette di allargare i nostri orizzonti ed essere considerati un ospedale all'avanguardia non solo in Italia. Così la nostra 'offerta' potrà anche rivolgersi all'estero e soprattutto al Nord Africa, dove potremmo far conoscere che cosa facciamo e quali sono le competenze di cui disponiamo. Non siamo un'azienda statica, ma sempre in movimento. E la possibilità di diventare un punto di riferimento in grado di rispondere alla richiesta di salute dell'area mediterranea può davvero rappresentare la base del nostro futuro. ■



Nuove direttrici culturali e metodiche operative nella distribuzione dei farmaci



INTERVISTA A

MICHELE CICALÒ

Direttore Dipartimento del Farmaco, ASL3 Nuoro

Il Dipartimento del Farmaco svolge un ruolo importante nella distribuzione dei medicinali sul territorio nel rispetto del principio dell'appropriatezza prescrittiva. Vuole descriverci le più importanti linee di attività del suo Dipartimento?

Una gestione del farmaco efficace, integrata, all'avanguardia ed ispirata ai capisaldi della più illuminata letteratura sanitaria: questa in sintesi la *mission* che l'ASL 3 di Nuoro si è data, consapevole com'è della

necessità di coniugare ottimizzazione delle risorse economiche e garanzia di elevati standard qualitativi dell'assistenza erogata. In questa visione prospettica si incastona la scelta politica di istituire una Rete Aziendale del Farmaco, organizzata dipartimentalmente e concepita come una struttura agile e plastica, una sorta di 'cabina di regia' in grado di portare a sintesi tanto le istanze dell'universo ospedaliero quanto dell'articolato arcipelago territoriale.

Di grande spessore lo sforzo profuso nel campo della dispensazione diretta di farmaci (l. 405 del 16.11.01/art. 8), che ci ha visto raggiungere eccellenti risultati sia in termini puramente quantitativi sia rinsaldando con forza il principio della centralità del paziente. Tale gestione ha consentito da un lato di investire in competenze e saperi, formando professionisti in grado di 'leggere' le dinamiche attuali sia in ottica farmacoeconomica sia in ter-

La sfida del futuro è quella di creare una rete di distribuzione del farmaco sempre più diffusa e vicina ai bisogni del cittadino



mini epidemiologici, dall'altro di dotarsi di un braccio operativo altamente informatizzato e tecnologicamente avanzato in grado di soddisfare appieno le istanze dell'utenza. La prossima ambiziosa sfida consisterà nell'addivenire ad una rete di distribuzione ancor più capillarmente diffusa, così da essere in grado di avvicinarsi sempre più ai bisogni effettivi dei cittadini.

C'è una certa preoccupazione in Sardegna per gli ultimi dati sull'andamento della spesa farmaceutica, che ha spinto la Giunta ad approvare direttive specifiche alle quali le Aziende Sanitarie devono attenersi

per realizzare gare di approvvigionamento di farmaci ed emoderivati 'biosimilari'. Ritiene che sia un provvedimento opportuno per contenere gli aumenti?

La decisione assunta dalla Giunta Regionale Sarda (deliberazione n. 20/5 del 26/04/11) assume senza dubbio, tra le varie misure varate volte al contenimento della spesa farmaceutica, una rilevanza strategica e di prim'ordine. Costituisce un tassello qualificante dell'articolato *puzzle* riformista in procinto di essere ultimato dall'attuale compagine governativa isolana. Lungimirante la scelta di incidere sulla categoria dei farmaci biologici o biotecnologici, universalmente ricono-

sciuti, tra i medicinali di ultima generazione, come quelli terapeuticamente più innovativi ed in grado potenzialmente di addivenire ad opzioni curative finora sconosciute. Tale misura è potenzialmente in grado di dispiegare molteplici effetti positivi, ancor più dirompenti ed amplificabili, se solo sarà accompagnata da ulteriori provvedimenti di pari spessore politico, ancor più apprezzabili se sapranno ispirarsi ad una solida visione di insieme, priva di qualsivoglia frammentazione concettuale o dispersione organizzativa. Le direttrici culturali sono state tracciate; ora tocca a noi operatori sanitari tradurle compiutamente in metodiche operative da calare nel concreto della convulsa realtà quotidiana. ■



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

