THEMA

Protagonisti della sanità numero 1

VASCO ERRANI VITTORIO DEMICHELI
ANTONIO BATTISTA GINO TOSOLINI
ELLIOTT S. FISHER ALESSIO PARODI
RENATA CANINI FULVIO MANNO
PIERLUIGI BARTOLETTI
RICHARD THEINER

i soldi della salute

Supplemento 2 a Politiche sanitarie, n 1, gennaio-marzo 2009 Sped Abb Post – DL 353/2003 /conv in L 27/02/2004 n 46) art 1, comma 1, DCB Roma

Fuori Thema

Abbiamo voluto dare un Thema ai protagonisti della sanità. Per comunicare, confrontarsi e dialogare sulle questioni più importanti che riguardano non soltanto l'assistenza ai cittadini, ma lo sviluppo del welfare in Italia. Il primo numero è dedicato ai "soldi della salute": sono un costo o un investimento? L'allocazione delle risorse ai diversi livelli di assistenza del cittadino sano e malato è convincente? Quali meccanismi solidaristici dovrebbero essere messi in atto per garantire equilibrio ed equità al sistema? Accanto alle personalità italiane che hanno accolto l'invito a partecipare al forum abbiamo voluto anche una voce geograficamente distante, come quella di Elliott Fisher, sorprendentemente vicina però considerando gli argomenti oggetto del suo studio, da poco presentato sul *New England Journal of Medicine*.
In questo primo fascicolo, l'augurio che ci sentiamo di rivolgere sia a quanti orientano le politiche sanitarie nel Paese, sia a noi stessi che lavoriamo a questo progetto, è di non temere di andare fuori Thema, raccogliendo l'invito di alcuni degli intervistati a ricordare che gli investimenti che producono salute non sono necessariamente quelli nella sanità.

THEMA numero 1
Supplemento al n. 1 – 2009 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it
Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore
Redazione: Mara Losi

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

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma
Immagini: ©2009 Photos.com, Fotolia
Stampa: Arti Grafiche Tris
Via delle Case Rosse, 23 – 00131 Roma
Finito di stampare il 31 marzo 2009

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

3 Meccanismi equi nella gestione delle risorse
Vasco Errani

5 Costi standard e considerazioni di fabbisogno: un mix difficile
Vittorio Demicheli

7 Partire dai bisogni di salute per definire i budget
Antonio Battista

9 La sostenibilità del sistema è questione di scelte
Gino Tosolini

10 La crescita dei costi per l'assistenza sanitaria: il medico gioca ancora un ruolo chiave
Elliott S. Fisher

12 Una sanità in continuo cambiamento
Alessio Parodi

13 Più risorse per l'assistenza territoriale
Renata Canini

15 Stabilire le priorità e rinunciare al superfluo
Fulvio Manno

17 Interventi strutturali per riammodernare il sistema
Pierluigi Bartoletti

19 Le chiavi dell'equilibrio del sistema
Richard Theiner

Meccanismi equi nella gestione delle risorse

Intervista a
VASCO ERRANI
Presidente della Regione Emilia-Romagna
Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni

Nella seduta del 5 febbraio scorso della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome è stato raggiunto l'accordo sulla proposta di riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2009 alle Regioni. Qual è il suo parere sull'esito del confronto con i Governatori e sulle problematiche discusse nel corso dell'incontro?

Il mio è un parere positivo. Ancora una volta le Regioni hanno dato una prova di responsabilità ed anche di capacità di comporre le diverse esigenze che si presentano nel governare il sistema sanitario. Dopo un confronto franco e serrato l'accordo è stato trovato e questo è importante.

Ha percepito punti di vista differenti in base all'appartenenza politica o, piuttosto, riconducibili alla geografia e all'economia delle singole realtà regionali?

Nessuna chiusura ideologica, al contrario. Il confronto, com'è giusto che sia, è stato sulla sostanza dei problemi che ha di fronte il Sistema Sanitario Nazionale e sulla ricerca di meccanismi equi nella gestione delle risorse. In questo lavoro logicamente emergono le tante differenze che caratterizzano le diverse realtà del nostro Paese. Ed anche le diverse problematiche che attraversano i servizi sanitari di una Regione rispetto alle altre. Ma lo sforzo è comune e condiviso: migliorare i servizi, aggiornare le cure, rapportare le spese al servizio effettivamente offerto ai cittadini. Ciascuno deve fare le proprie scelte, anche coraggiose, ma può percorrerle coerentemente se c'è un sistema complessivo che supporta questo sforzo di risanamento.

Ritiene che i criteri seguiti per l'allocazione delle risorse debbano essere riveduti in futuro per garantire maggiore equilibrio tra le differenti realtà del Paese?

Il confronto sui criteri è sempre importante, ma il problema vero per la sanità del nostro Paese è quello di superare le gravi differenze nell'offerta di servizi, nell'appropriatezza, nell'efficienza e nella qualità delle risposte ai cittadini, nel modernizzare e territorializzare le cure. Per fare questo occorre avere una politica sanitaria seria, un controllo attento della spesa ed anche capacità di investimento. È quanto abbiamo fatto siglando il Patto per la Salute (2007/2009) con il governo. Un Patto che, come ha attestato re-

centemente la Corte dei Conti, ha già dato prova positiva di sé nella capacità di mettere sotto controllo i conti della sanità. Io credo che ciascuno debba proseguire questo lavoro con attenzione.

Negli ultimi mesi è stato puntato l'indice verso i governi di diverse Regioni colpevoli, secondo alcuni, di aver lasciato crescere un allarmante disavanzo economico nella gestione della sanità. A suo parere, si tratta di fenomeni dovuti a una gestione non efficiente, a finanziamenti sottostimati o a vari fattori inerenti la specifica situazione delle diverse realtà locali?

Ci sono Regioni che, per motivi diversi, versano in situazioni finanziarie delicate e per le quali si sono attivati Piani di Rientro concertati. Sono percorsi che si stanno seguendo e che già, vorrei sottolinearlo, marcano una differenza da un passato nel quale i problemi più seri venivano rinviati e non affrontati. Ora questo lavoro, seppure difficile, è stato avviato. Per farlo procedere positivamente serve rigore, ma servono anche collaborazione e solidarietà. Sottostimare gravemente il Fondo Sanitario Nazionale (è l'allarme che le Regioni hanno lanciato per il 2010 e 2011) può bloccare questo processo: sarebbe un grave passo indietro che non possiamo permetterci. Con l'apertura del Tavolo per il Patto per la Salute per il triennio 2010/2012 attendiamo dal governo risposte coerenti.

In passato i problemi venivano rinviati e non affrontati. Oggi, per intraprendere una nuova strada, servono collaborazione e solidarietà.

C'è una posizione condivisa delle Regioni e Province Autonome sull'esigenza di garantire meccanismi di solidarietà interregionale?

Nessuno mette in discussione l'esigenza di dare equilibrio al sistema sanitario e di adottare criteri di solidarietà in particolare verso le zone più deboli del Paese. È un compito costituzionalmente assegnato allo Stato, ribadito nelle modifiche introdotte nel Titolo V, che le Regioni considerano fondamentale nelle loro scelte quotidiane. ■

Costi standard e considerazioni di fabbisogno: un mix difficile

Intervista a
VITTORIO DEMICHELI
Direzione Sanità, Regione Piemonte

A suo giudizio, i criteri secondo i quali sono allocate le risorse tra le Regioni sono adeguati? Ne prevederebbe di diversi? Quali strumenti crede possano essere utilizzati per rendere più equa l'allocazione dei fondi?

I criteri con cui vengono allocate le risorse in questo momento consentono a una Regione come la nostra di vedere riconosciuto il fabbisogno, che è determinato in modo particolare dall'anzianità della popolazione. Ci conforta in questo giudizio uno studio recente fatto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Gruppo per l'analisi dei dati dai modelli CE e LA: Analisi della spesa sanitaria attraverso i conti economici - CE. Monitor 2008; 21: 90-99), che ha seguito il consumo di prestazioni sanitarie per profili di età. Questo studio effettivamente dimostra che il nostro livello di spesa è coerente con l'anzianità della nostra popolazione.

Quello che ci preoccupa è la proposta di rivedere i criteri di allocazione in seguito all'introduzione dei cosiddetti costi standard, perché si attenuerebbero le considerazioni di fabbisogno.

Mi spiego meglio: non abbiamo nessun dubbio sulla necessità di introdurre nel sistema di allocazione la considerazione dei costi standard. Nel momento in cui, però, si fa riferimento anche ai costi di produzione, questo riferimento deve derivare da una media delle Regioni con un sistema di produzione sanitaria simile alla nostra. Se venissero prese a modello Regioni come la Lombardia, che ha una quota di privato molto significativa e che quindi ha dei costi di produzione più bassi, si adotterebbe un riferimento per noi assolutamente irrealistico.

Noi abbiamo un sistema di produzione in gran parte pubblico che ha costi di partenza più alti.

Se si vuole aggiungere il riferimento ai costi standard e questi costi saranno i costi di realtà regionali con un mix tra pubblico e privato simile al nostro, l'idea non ci spaventa; difenderemo però con i denti la presenza nel sistema delle allocazioni di un riferimento al fabbisogno.

Mi rendo conto che l'Italia ha delle differenze territoriali enormi e le considerazioni di fabbisogno che soddisfano le Regioni del nord con

popolazioni molto anziane non trovano completamente d'accordo le Regioni più giovani e con altri problemi sociali del sud. Per cui è prevedibile che su questo ci sarà un dibattito acceso.

Secondo lei, una politica sanitaria basata sulle evidenze comporta "di per sé" un migliore controllo della spesa?

Le voci di spesa che ci preoccupano di più in questi ultimi anni per gli aumenti subiti riguardano l'assistenza specialistica e la riabilitazione. In questi due settori si annidano anche ampi margini di inappropriatezza, per cui è evidente che un intervento fondamentale per contenere e razionalizzare la spesa sanitaria consiste nel migliorare l'appropriatezza di queste prestazioni.
In questi mesi abbiamo approvato molte indicazioni e veri e propri percorsi diagnostici e terapeutici, tutti basati sulle evidenze e riguardanti i problemi di salute principali, proprio con queste intenzioni: da un lato razionalizzare i percorsi e renderli più efficienti (perché la maggior parte delle malattie con le quali ci confrontiamo è cronica e ha bisogno di cure organizzate per la continuità), dall'altro recuperare, con l'appropriatezza, eccessi di spesa.
Sicuramente le evidenze scientifiche devono alimentare le indicazioni di comportamento dei professionisti che prescrivono i farmaci e gli accertamenti diagnostici, ma ci rendiamo conto che la sola conoscenza delle evidenze non basta e che bisognerebbe avvalersi anche di strumenti un po' più convincenti.

Pur ripudiando l'idea di utilizzare i criteri dell'evidenza per imporre misure di razionamento, come i ticket sui consumi della diagnostica, ci rendiamo anche conto che l'operazione puramente culturale di stimolo verso l'appropriatezza resta un po' vaga. Abbiamo fatto qualche primo tentativo introducendo una serie di differenziazioni nel sistema tariffario per cercare di rendere meno convenienti le procedure classificate ad alto rischio di appropriatezza. Vedremo nei prossimi mesi che effetto avranno.

Abbiamo lavorato per migliorare l'appropriatezza, approvando specifici percorsi diagnostici e terapeutici. Le evidenze devono guidare i professionisti sanitari ma un'operazione di stimolo puramente culturale non è sufficiente...

Alle politiche di prevenzione è destinata una quota assai contenuta del Fondo Sanitario, per lo più assorbita dall'assistenza distrettuale e ospedaliera. Sarebbe auspicabile, a suo giudizio, modificare i "rapporti di forza" tra i diversi ambiti della salute e dell'assistenza sanitaria?

Il nostro Piano Socio-Sanitario Regionale parla molto di prevenzione e, soprattutto, invita a promuovere la salute attraverso interventi di politica non sanitaria.
L'idea di partenza è che la salute si possa promuovere anche, e soprattutto, con scelte di gestione territoriale che favoriscono la salute.
La prima tentazione sarebbe quindi quella di dire che non servono più fondi per la prevenzione, ma che serve un maggiore orientamento alla salute delle politiche non sanitarie.
In Piemonte, unendo tutte le voci tradizionali legate alla prevenzione, raggiungiamo circa il 4,6% del nostro budget (rispetto al 5% teorico di riferimento), per cui non ci riteniamo lontanissimi dall'obiettivo.
In questo momento stiamo lavorando su due direttrici: una è quella di potenziare alcuni settori, per recuperare tutto il recuperabile in direzione del 5%. Per esempio, abbiamo fatto alcuni interventi di sostegno alla sicurezza negli ambienti di lavoro in conseguenza degli accordi nazionali.
L'intervento più importante in corso riguarda però la creazione di una direzione integrata della prevenzione: stiamo sperimentando una figura nuova, che non esiste

nell'ordinamento, quella del Direttore unico della prevenzione, perché pensiamo che il male principale che affligge la prevenzione sia quello della sua frammentazione. In questo momento, oltre ai Dipartimenti della prevenzione, si occupano di prevenzione anche una miriade di altri servizi che operano in modo isolato e non integrato, qualche volta con qualche sovrapposizione e duplicazione. Quindi pensiamo che il problema non sia tanto quello di aumentare le risorse destinate alla prevenzione, quanto di coordinare una miriade di servizi che già esistono e di riprogettare il sistema. La figura dirigente oggetto di sperimentazione non è gerarchicamente sovraordinata agli attuali dirigenti, anzi, in questo momento, è collocata fuori dai servizi tradizionali. Si tratta, piuttosto, di una sorta di "regista della prevenzione" con il compito di coordinare tutto ciò che va sotto il nome di prevenzione e di gestire i relativi budget. ■

Partire dai bisogni di salute per definire i budget

INTERVISTA A
ANTONIO BATTISTA
Direttore Medico, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti", Foggia
Presidente Commissione sull'Appropriatezza Prescrittiva, Regione Puglia

Qual è il suo parere sull'esito del confronto tra i rappresentanti delle Regioni e il Ministero?

Il confronto sostanziale è quello che c'è stato tra le Regioni, in particolare nell'ambito della Conferenza dei Presidenti.
Da tempo la Regione Puglia aveva chiesto la revisione dei criteri sulla base dei quali avviene il riparto delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, ritenendo che i bisogni di salute non sono determinati solo dall'età della popolazione, ma anche e soprattutto da altri fattori, in primo luogo dallo stato di deprivazione socio-economica.
Poiché per l'anno 2009 i criteri di riparto sono rimasti praticamente identici e le assegnazioni sono risultate, in linea di massima, le stesse, la Puglia si è dichiarata insoddisfatta.
Si spera che per il 2010 le cose vadano diversamente nel senso auspicato non solo dalla Puglia, ma anche dalle altre Regioni meridionali.

Quanto "pesa" la geografia e quanto l'appartenenza politica nella definizione degli obiettivi e dei percorsi di gestione della sanità?

Gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale consistono fondamentalmente nella garanzia a tutti i cittadini dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): ciò vale per tutte le Regioni e Province Autonome, anche se le risorse a disposizione di ognuna di esse sono molto diverse con una netta differenza a favore di quelle del centro-nord rispetto a quelle del sud. Per quanto riguarda la gestione dei servizi sanitari di ciascuna Regione, ognuna agisce in autonomia trattandosi di materia di esclusiva competenza regionale. Ne consegue che nei fatti la geografia prevale di gran lunga sull'appartenenza agli schieramenti politici.

Alcune Regioni del Mezzogiorno sono la prima destinazione di migliaia di migranti: a suo giudizio, è un elemento che dovrebbe essere preso in maggiore considerazione nella ripartizione dei fondi per la gestione dei servizi sanitari?

Non c'è dubbio che i servizi sanitari delle Regioni meridionali presso le quali giungono e/o vengono accolti tanti cittadini stranieri sostengano dei costi aggiuntivi che altre Regioni non hanno.
Sarebbe opportuno che, in sede di riparto, tali costi fossero coperti annualmente da specifici accantonamenti.

Crescono alcune voci di spesa, come quelle per i medicinali e per la prevenzione. Ritiene che destinare risorse a farmacoterapie più efficaci o a politiche di prevenzione possa portare a risparmi nell'assistenza ospedaliera o nella gestione delle cronicità?

Sono fermamente convinto che la prevenzione primaria (politiche non solo sanitarie finalizzate alla tutela della salute, in primo luogo quelle ambientali, il miglioramento nell'igiene degli alimenti, la maggiore sicurezza nei luoghi di lavoro e la promozione di stili di vita corretti) sia l'arma più efficace per ridurre, anche nel breve periodo, la spesa sanitaria.
Ciò non è detto che accada nel caso della prevenzione secondaria (diagnosi precoce) o dei trattamenti farmacologici di più provata efficacia, se il ricorso all'ospedalizzazione o la gestione delle cronicità avvengono in modo inappropriato sia dal punto di vista clinico che per setting assistenziale.

L'arma più efficace per ridurre la spesa è la prevenzione primaria. L'epidemiologia, grande assente dal SSN, è la chiave per dare risposta adeguata, organizzata e appropriata, ai bisogni di salute dei cittadini.

Qual è il suo punto di vista sulla definizione di budget per le aziende farmaceutiche e sulle misure per il contenimento della spesa per i medicinali?

Il problema va rovesciato: è necessario partire dai bisogni di salute rilevati attraverso l'epidemiologia (grande assente dal nostro Servizio Sanitario Nazionale), che dovrebbe essere un'attività ordinaria a tutti i livelli del sistema, e prevedere servizi adeguati dal punto di vista qualitativo e del dimensionamento, nonché le quantità di beni, farmaci compresi, necessari per dare risposta ai bisogni della popolazione in modo organizzativamente e clinicamente appropriato.
Solo a questo punto è possibile individuare correttamente quanto si debba spendere per la farmaceutica, anche per singola azienda.
Stabilire budget e/o effettuare tagli avulsi dal suddetto percorso fa correre il forte rischio, o di determinare sovrastime di settore con produzione di sprechi, o di sottostimare le risorse necessarie all'assistenza, negando quindi il diritto alla salute dei cittadini. ■

La sostenibilità del sistema è questione di scelte

Intervista a
GINO TOSOLINI
Direttore Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

Nel suo articolo sul *New England Journal of Medicine*, Fisher sottolinea il ruolo che gli stessi medici, prima ancora degli amministratori, possono giocare nelle attività di controllo della spesa sanitaria. Qual è la sua opinione al riguardo?

Sicuramente i professionisti hanno un ruolo determinante nel controllo della spesa sanitaria. Lo possiamo vedere non solo dalla documentazione apparsa sul *NEJM* sulle variazioni geografiche nei costi sanitari a parità di epidemiologia, ma anche dai diversi comportamenti prescrittivi (in farmaci ed esami) e dal diverso consumo delle tecnologie sanitarie. Sottolineo però che, pur essendo il ruolo dei professionisti determinante, non è comunque l'unico.

Nella sua esperienza di direzione generale di una importante Azienda Ospedaliera, quali ritiene possano essere le chiavi per garantire l'equilibrio del sistema? A questo proposito, una politica sanitaria basata sulle evidenze fa sicuramente risparmiare?

L'equilibrio del sistema può essere raggiunto solo attraverso uno sforzo che riesca a coinvolgere tutti i

Le evidenze in sanità vanno perseguite non perché fanno risparmiare ma perché sono utili ed efficaci...

protagonisti (professionisti, cittadini ed amministratori) attraverso una maggior conoscenza ed informazione delle evidenze e delle priorità. Va però sostenuto che le evidenze in sanità vanno perseguite non perché fanno risparmiare, ma perché sono utili ed efficaci, mentre l'accento sul controllo della spesa e sulla sostenibilità del SSN va spostato sulla capacità di fare scelte prioritarie.

L'articolo di Fisher sottolinea l'incongruenza di un modello – come quello statunitense – in cui le grandi strutture ospedaliere hanno convenienza nell'alimentare/soddisfare la domanda e il "consumo" di prestazioni; in evidente contrasto con le attese di chi amministra la sanità. Ritiene che anche nel nostro Paese si corra un simile rischio?

Il paradosso per cui il "produttore" ha un interesse economico nel fare molte prestazioni sanitarie anche se non servono è vero in un contesto di finanziamento basato solo sulle tariffe. Anche nel nostro Paese questo rischio si è dimostrato possibile nel settore privato. Credo invece che nella sanità pubblica questo pericolo sia molto limitato; infatti il finanziamento di un ospedale è sostenuto solo parzialmente dalle tariffe delle prestazioni ed il budget regionale è comunque un budget a tetto di spesa che non si incrementa con l'aumento dell'attività. Ciò detto resta

La crescita dei costi per l'assistenza sanitaria: il medico gioca ancora un ruolo chiave

INTERVISTA A
ELLIOTT S. FISHER
Director, The Center for Health Policy Research, Professor of Medicine and Community and Family Medicine, Dartmouth Medical School

La crescita della spesa per l'assistenza sanitaria sembra essere guidata da una forza inesorabile; in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, lei, Julie P. Bynum e Jonathan S. Skinner fornite ai lettori alcune riflessioni di grande interesse (Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs – Lessons from regional variation. NEJM 2009; 360: 849-852.)

Può sintetizzare il vostro punto di vista per i lettori di Thema?

Abbiamo guardato con attenzione alle variazioni nella crescita della spesa e ai modelli di spesa delle diverse regioni degli Stati Uniti, ottenendo un quadro più ottimistico di quello dipinto da molti esperti di politica sanitaria. Molte regioni crescono ad un tasso annuale superiore del 5% all'inflazione, ma molte altre, comprese alcune grandi città statunitensi con eccellenti sistemi sanitari – come San Francisco, Pittsburgh, Atlanta – crescono al ritmo del 2,5% o anche meno. Imparando dalle regioni che si sono stabilizzate su un tasso di crescita sostenibile, avendo messo in piedi modelli di erogazione dell'assistenza e un sistema di pagamento funzionali, potremmo riuscire a "appiattire la curva dei costi" contando su un'adeguata leadership dei medici.

Come spiega le differenze così vistose nella spesa regionale?

Le variazioni ci consentono di escludere due spiegazioni oltremodo semplicistiche. Primo, la "tecnologia" è chiaramente una ragione insufficiente: i cittadini di ogni parte degli Stati Uniti hanno accesso alle stesse tecnologie e non è credibile che i medici di Pittsburgh o di San Francisco stiano consapevolmente negando ai propri pazienti le cure necessarie. A dire il vero, le evidenze suggeriscono che la qualità dell'assistenza e gli esiti sanitari siano migliori nelle regioni dove la spesa è inferiore e che non ci siano grandi guadagni in termini

di sopravvivenza nelle regioni a maggiore crescita di spesa sanitaria. Secondo, è difficile criticare le diversità regionali solo sulla base del sistema di pagamento attuale, dal momento che tutte le prove della crescita regionale di cui disponiamo derivano dall'esame di popolazioni che sono nel sistema cosiddetto fee-for-service.

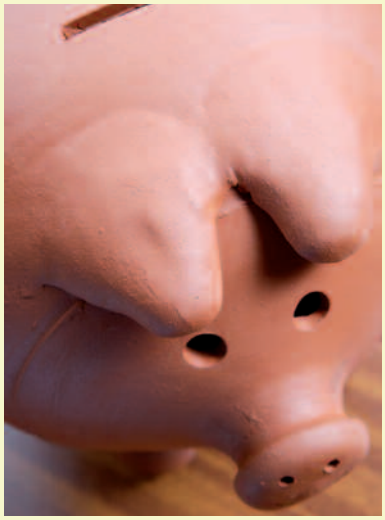
Le cause devono dunque risiedere nel modo col quale i medici e il personale sanitario rispondono alla disponibilità di tecnologia, di fondi e di altre risorse nel contesto del sistema di pagamento a prestazione. Coloro che sono nelle regioni a più elevata spesa, comunque, è ben più probabile che raccomandino – rispetto ai loro colleghi delle regioni più virtuose – servizi non indispensabili come l'ospedalizzazione per lo scompenso cardiaco moderato o l'invio dallo specialista per un consulto nei casi di pirosi.

Cosa suggeriscono questi dati in termini di approccio alla riduzione dei costi della sanità?

Che i medici hanno l'opportunità di guidare il cambiamento. Sono ancora quasi del tutto responsabili della decisione della prescrizione delle terapie e del luogo di erogazione dell'assistenza. E sebbene il comportamento sempre più "commerciale" di alcuni medici possa minacciare l'immagine della professione, i pazienti hanno ancora ampia fiducia nei propri medici.

Ma i decisori della sanità pubblica vanno aiutati. L'attuale sistema di pagamento premia la corsa ad una sorta di "armamento medico" che sta avvenendo in alcuni ambiti (ma non in altri) e non incentiva o ricompensa la pratica clinica più prudente o il coordinamento dell'assistenza. Sono importanti tre strategie ad ampio respiro. Primo, abbiamo bisogno di favorire lo sviluppo di sistemi di erogazione dell'assistenza più organizzati e integrati, come i network di medici, vaste comunità di pratica o sistemi assistenziali pienamente integrati come la Kaiser Permanente. Secondo, c'è la necessità di cambiare il sistema di pagamento, adottandone uno più globale che comprenda l'insieme delle cure al malato. Terzo, dovremmo istituire delle misure affidabili della performance così che gli utenti non debbano aver timore di limitazioni dell'assistenza necessaria.

Se focalizzassimo l'impegno sulle attuali aree di spesa eccessiva – uso sproporzionato degli ospedali e visite non necessarie, consulti, test diagnostici e piccoli interventi – potremmo riuscire a correggere la curva della spesa continuando a beneficiare dei progressi tecnologici. ■



il problema di una politica di finanziamento che sia coerente con gli obiettivi che si vogliono ottenere e che non favorisca comunque l'attività inutile e/o dannosa.

Prevenzione, territorio, ospedale: cambierebbe qualcosa nella proporzione degli investimenti?

Tutta la comunità scientifica è convinta che sia necessario un cambiamento. Però poi le comunità locali si "arrabbiano" se si tocca in qualche modo l'ospedale. E le scelte sono quindi difficili perché chi deve fare le scelte è la politica e questa ha bisogno di consenso. Mi sembra opportuno però fare alcune osservazioni aggiuntive: innanzitutto non è vero che investire sulla prevenzione vuol dire risparmiare in sanità. Probabilmente i costi per il Paese aumentano (un morto costa meno di un vivo), ma i risultati da un punto di vista della vita e della qualità sono talmente importanti che vanno comunque perseguiti.

In secondo luogo gli investimenti che producono salute non sono necessariamente investimenti nella sanità (una comunità è più sana se ha un buon reddito e una buona cultura e non se ha più ospedali), e questo dobbiamo sempre ricordarcelo. ■

Una sanità in continuo cambiamento

Intervista a
ALESSIO PARODI
Direttore Generale, Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

A suo giudizio, la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale nei livelli di assistenza (5% prevenzione, 51% assistenza distrettuale e 44% assistenza ospedaliera) risulta adeguata a soddisfare i bisogni di salute della popolazione?

Sostanzialmente sì, è necessario potenziare la medicina territoriale; tuttavia anche le Aziende Ospedaliere devono essere coinvolte in attività di prevenzione, informazione ed educazione sanitaria. Le professionalità ed i talenti clinici che spesso gli ospedali possiedono sono ulteriore garanzia di soddisfacimento dei bisogni sia di salute (prevenzione) sia di informazione.

In altre parole le Regioni dovranno, in sede di riparto delle risorse finanziarie, includere anche la "parte ospedaliera" (sia i presidi delle Asl sia le Aziende autonome) quale destinatario di risorse dedicate alla prevenzione.

Anche l'ospedale è uno strumento per la prevenzione. Più coraggio nell'investire nell'innovazione.

Ritiene che una meno prudente spesa per i medicinali, soprattutto per quelli caratterizzati da maggiore innovatività, possa rivelarsi un investimento per il sistema sanitario, traducendosi in un contenimento della spesa ospedaliera?

L'argomento è complesso e la validità degli interventi deve essere giudicata caso per caso. Generalizzando posso affermare che ci deve essere, da parte di Regione ed amministratori di Aziende Sanitarie, più coraggio ad investire in processi di innovazione, tra cui quelli relativi alla vasta politica del farmaco.

Le grandi realtà ospedaliere sono in "prima linea" nel rapporto con i cittadini: pensa sia possibile coinvolgere le Aziende Ospedaliere nelle principali campagne di prevenzione e promozione della salute? A questo proposito, pensa che la prevenzione sia da considerare solo un imperativo etico o anche un investimento per contenere i costi dell'assistenza sanitaria?

Certo, le Aziende Ospedaliere devono essere coinvolte nelle principali campagne di prevenzione e promozione della salute: prevenire è meglio di curare, anche sotto il profilo economico.

Nell'assegnazione dei fondi dalle Regioni alle ASL e alle Aziende Ospedaliere, quali criteri garantiscono l'equilibrio tra finanziamento e spesa?

Un finanziamento basato sull'analisi del fabbisogno e sulla valutazione di fattibilità di progetti di so-

luzione non solo in modo locale potrebbe certamente dare un contributo positivo.

Il riparto basato sull'andamento storico della spesa è un criterio che garantisce l'uso efficiente delle risorse?

Il mondo della sanità è oggi in continuo cambiamento, e, come si sa, il cambiamento implica investimenti. Il riparto annuale non può non considerare che le strutture chiamate ad una riorganizzazione debbano garantire tale passaggio con le risorse adeguate ai tempi e ai ritmi necessari o richiesti dal Piano Sanitario. Mentre si pensa alla situazione "B", considerata più efficiente, occorre garantire la continuità dei servizi che non è già più di tipo "A", ma non è ancora di tipo "B". In altre parole, i dovuti cambiamenti strategico-gestionali devono essere opportunamente considerati in visione prospettico-temporale almeno di medio-periodo, al fine di raggiungere più efficacemente i risultati di miglioramento ed innovazione dichiarati, preservando però il corretto equilibrio tra base consolidata e moderna strategia. ■

Più risorse per l'assistenza territoriale

INTERVISTA A
RENATA CANINI
Direttore Generale, ASL3 Genovese

Dottoressa Canini, anche a lei la domanda chiave: l'equilibrio tra prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera la soddisfa?

Ritengo che la percentuale per l'assistenza territoriale andrebbe leggermente ampliata a discapito di quella ospedaliera. La linea vincente per soddisfare i bisogni di salute della popolazione passa infatti da un maggior numero di strutture ambulatoriali disseminate sul territorio, che possano adeguatamente far fronte ai moltissimi bisogni di bassa e media complessità e da un minor numero di grandi ospedali dotati di tecnologie e multidisciplinarietà importanti. In breve: in ospedale ci si deve andare solo per l'alta complessità.

Qual è il suo approccio al problema del contenimento della spesa per i medicinali?

Quello della riduzione della spesa farmaceutica è un argomento che mi appassiona da tempo.
Ciò che sono riuscita a fare quando dirigevo la ASL1 Imperiese, ovvero fino ad 8 mesi fa, è stata l'attivazione di un sistema diffuso di distribuzione diretta dei farmaci, da parte della ASL, che ha consentito di migliorare la qualità dell'assistenza farmaceutica, con un attento monitoraggio sui consumi e sulla correttezza ed appropriatezza dell'uso dei farmaci, reso possibile da una strettissima collaborazione con i medici di famiglia.
Mi sto fortemente impegnando per iniziare lo stesso tipo di percorso anche nell'Azienda che dirigo attualmente, la ASL3 Genovese. In particolare sto studiando con i nostri farmacisti il modo per coinvolgere i medici di medicina generale in una più attenta prescrizione farmacologica e tutte le strutture residenziali non ospedaliere (case di ri-

poso, RSA, comunità terapeutiche) nella utilizzazione dello strumento della distribuzione diretta dei medicinali, che consentirà risparmi di spesa da reinvestire nella residenzialità extraospedaliera stessa.

Le grandi realtà ospedaliere sono in "prima linea" nel rapporto con i cittadini: pensa sia possibile coinvolgere le Aziende Ospedaliere nelle principali campagne di prevenzione e promozione della salute? A questo proposito, pensa che la prevenzione sia da considerare solo un imperativo etico o anche un investimento per contenere i costi dell'assistenza sanitaria?

Normalmente le campagne di prevenzione e promozione alla salute sono per lo più condotte dalle Aziende Sanitarie Locali, ma certamente anche le Aziende Ospedaliere possono dare un forte contributo alle stesse, in particolare sui temi dell'alta complessità.

La ASL3 Genovese in questo momento è impegnata in una serie di campagne di comunicazione, attraverso la carta stampata e le televisioni e radio locali, su diversi temi sia legati a singole patologie sia di educazione alla salute: HPV, telecardiologia, dialisi, riabilitazione, servizi consultoriali, servizi per gli anziani sia offerti dall'Azienda sia da strutture convenzionate, servizi per l'oculistica, screening, vaccinazioni, funzioni dei distretti sanitari, stili di vita, ruolo dei medici di famiglia, etc.

Prevenire oggi significa risparmiare domani. L'importante è che si attuino programmi per la prevenzione sostenibili e facilmente fruibili da tutti i cittadini.

Nell'assegnazione dei fondi dalle Regioni alle ASL e alle AO, quali criteri garantiscono l'equilibrio tra finanziamento e spesa?

L'equilibrio finanziario nelle Aziende Sanitarie pubbliche è sempre di difficile raggiungimento, per una serie di motivazioni legate al carattere pubblico della nostra assistenza: una rianimazione, che costa moltissimo in termini economici, non si ripagherà mai sotto il profilo finanziario, ma un ospedale pubblico importante non può non averla, e così via. Affinché il divario tra finanziamento e spesa non diventi voraginoso occorre che l'ente erogatore valuti attentamente tutte le caratteristiche epidemiologiche e legate al servizio erogato del soggetto che si sta per finanziare.

Prevenire oggi significa risparmiare domani. Ma occorre attuare programmi per la prevenzione che siano sostenibili e facili da tradurre nella vita reale dei cittadini.

Il riparto basato sull'andamento storico della spesa è criterio che garantisce l'uso efficiente delle risorse?

L'andamento storico della spesa è una base di partenza, da cui ovviamente non si può prescindere. Se non vi sono patologie nel sistema, è ovvio che la spesa sostenuta per la salute nel corso di una annualità deve costituire il punto di riferimento per i finanziamenti futuri. Peraltro, un uso efficiente delle risorse deve tener conto anche di altre variabili, quali l'attivazione di nuovi servizi, le modifiche nell'epidemiologia e nelle caratteristiche demografiche, gli investimenti tecnologici da attivarsi, etc. Va pretesa, soprattutto, l'attivazione di un'attenta gestione, che, a valle, è facilitata da strumenti quali i budget e la contabilità analitica, e, a monte, va garantita da scelte strategiche di esatta allocazione delle risorse stesse, con una oculata valutazione dei bisogni. ■

Stabilire le priorità e rinunciare al superfluo

Intervista a
FULVIO MANNO
Direttore Generale Ausl 7, Ragusa

A suo giudizio, i criteri secondo i quali sono allocate le risorse tra le Regioni sono adeguati? Ritiene che il Mezzogiorno possa essere in certa misura penalizzato dal nuovo assetto della sanità federalista?

Sostanzialmente i criteri adottati per la suddivisione hanno una loro validità. Occorre tenere presente, comunque, che in sede di riunione degli Assessori Regionali alla Sanità si realizzano accordi di politica sanitaria che a volte non tengono presenti adeguatamente le diverse realtà regionali forse per il diverso "peso specifico" o per l'assenza di qualche Assessore regionale. Probabilmente sarebbe opportuno che il competente Ministero individuasse alcune criticità da correggere prioritariamente, entro tempi certi e di breve-media durata, per non produrre squilibri di sistema e disomogeneità nell'offerta sanitaria; a ciò destinando risorse adeguate.
Si tratta, quindi, di un problema sia tecnico che politico, ricordando come ogni rappresentante regionale inevitabilmente tenda ad ottenere di più per la propria Regione. Più facile da risolvere il primo, più difficile il secondo. In questo quadro il federalismo fiscale può aggravare una situazione che presenta difformità e potrebbe, quindi, aumentare le distanze tra sanità regionali di eccellenza e sanità regionali che arrancano soprattutto nel centro-sud. L'obiettivo deve essere, pertanto, quello di aiutare a superare questi gap strutturali, garantendo realmente livelli uniformi di assistenza in tutte le Regioni Italiane.

Nella sua esperienza di direzione generale di una ASL importante come quella di Ragusa, quali ritiene possano essere le chiavi per garantire l'equilibrio del sistema?

Il raggiungimento dell'equilibrio del sistema è un obiettivo che si sposta in avanti come il teorema di "Achille e la tartaruga" in quanto le necessità ed i bisogni dei cittadini sono in costante crescita per diversi fattori quali l'aumento dell'età del-

la popolazione, le nuove tecnologie, i nuovi farmaci (quasi sempre costosi perché le imprese farmaceutiche debbono recuperare i costi della ricerca), una sempre crescente informazione sanitaria che rende l'utente più cosciente delle possibilità offerte dalla medicina.

Occorre allora, come in ogni buona organizzazione aziendale, stabilire quali sono le priorità e realizzare le stesse ovviamente comprimendo quelle non necessarie o marginali. Una ricetta semplice, ma antica è quella che ci viene dal diritto romano: "il buon senso del padre di famiglia". Soppesare e contemperare le diverse esigenze in relazione alle risorse assegnate. Ciò ovviamente responsabilizzando, tempestivamente, le strutture aziendali al raggiungimento degli obiettivi stabiliti e contrattati, utilizzando al meglio le disponibilità finanziarie ed umane. Il fattore "uomo" è elemento fondamentale per ogni azienda soprattutto sanitaria. Il coinvolgimento, la motivazione – soprattutto morale e professionale con doverosi riconoscimenti ove possibile anche economici, la soddisfazione di appartenere e di essere riconosciuti come componenti di una organizzazione efficiente ed efficace rappresentano il segreto per fornire servizi sanitari di qualità.

Le risorse umane sono fondamentali per ogni Azienda Sanitaria. Vanno coinvolte, motivate, premiate. Ma anche aiutate nel miglioramento della produttività e della qualità del lavoro a beneficio del sistema.

Come riuscire a controllare la spesa per la sanità governando al contempo la domanda di assistenza dei cittadini, talvolta sovradimensionata e spesso indotta da una cattiva comunicazione da parte dei mass media?

Uno strumento fondamentale per governare la domanda di assistenza dei cittadini è quello delle linee guida, che stabiliscono in quali casi gli utenti devono ricevere una prestazione o quando questa può essere rinviata anche a tempi medi – sei mesi – e soprattutto individuare quelle prestazioni non più necessarie. Quest'ultima scelta è molto difficile, poiché il cittadino si sente "derubato" di un diritto consolidato, non rendendosi conto che è un dovere sociale fornire la prestazione a chi ne ha realmente bisogno.

Inoltre, è necessario effettuare i controlli in ogni settore sia perché sapere di dovere rendere conto del proprio operato contribuisce ad una maggiore responsabilizzazione di tutto il personale, anche e soprattutto dei dirigenti non solo medici, sia perché si possono individuare quelle situazioni che consentono di eliminare situazioni di maggiori costi senza una reale utilità. È importante un coinvolgimento culturale degli operatori che devono intendere i controlli non come una pratica vessatoria o giustizialista o altro, bensì come un aiuto al miglioramento della produttività della loro attività e del sistema nel suo complesso.

In questo settore è importantissima una comunicazione istituzionale che raggiunga i cittadini in maniera chiara e semplice sia con i sistemi tradizionali (carta stampata, servizi radiofonici e televisivi) sia con l'utilizzo dei siti internet aziendali, la cui importanza è destinata a crescere sempre di più. Creare un cittadino consapevole dei propri diritti, ma anche dei doveri con una corretta conoscenza delle soluzioni e delle offerte diviene sempre più necessario ed indispensabile. ■

Interventi strutturali per riammodernare il sistema

Intervista a
PIERLUIGI BARTOLETTI
Segretario Regionale FIMMG, Regione Lazio

Qual è il suo parere sull'esito del confronto tra i rappresentanti delle Regioni e il Ministero?

Per quanto riguarda le risorse per il Servizio Sanitario Nazionale 2009 i criteri di riparto sono rimasti gli stessi previsti nel triennio del Patto della Salute (2007-2009); quest'anno contestualmente al Fondo sono state ripartite anche le risorse regionali sulle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Siccome le linee di questi obiettivi saranno approvate solo in una prossima seduta, si può dare ora solo un giudizio preliminare sul fatto che si è cercato di mantenere un'uniformità di sistema anche sugli obiettivi di Piano.

Secondo lei, l'appartenenza geografica e politica hanno un "peso" nella definizione degli obiettivi e dei percorsi di gestione della sanità?

Sarebbe meglio dire quanto dovrebbe "non" pesare la geografia e l'appartenenza politica nella definizione degli obiettivi e dei percorsi di sanità pubblica. Ovvero idealmente nel nostro Paese, lungo e stretto, non dovrebbero esserci discrepanze circa la destinazione e l'utilizzo di risorse per la sanità pubblica, ma spesso ciò accade. Se osserviamo la realtà da vicino, scopriamo che il problema non è tanto l'allocazione e la distribuzione delle risorse, quanto il loro reale utilizzo per riammodernare il sistema. Dal 1980 ad oggi, alcune Regioni del sud non hanno ancora pienamente utilizzato i fondi per l'AIDS, altre Regioni del Mezzogiorno non utilizzano pienamente i fondi europei, altre ancora sempre del Mezzogiorno non hanno avuto la capacità di utilizzare i finanziamenti sia europei sia nazionali destinati all'adeguamento dell'edilizia sanitaria. Più che di un problema di fondi, parlerei di seri problemi relativi al loro utilizzo per riammodernamenti strutturali e non per ripiani di bilancio.

A suo giudizio, nella ripartizione dei fondi per la gestione dei servizi sanitari bisognerebbe tenere anche conto dei diversi ruoli che le Regioni svolgono riguardo al problema immigrazione, prime tra tutte quelle del Mezzogiorno, in genere tappa iniziale del viaggio dei migranti?

Se una Regione è la prima destinazione del viaggio dei migranti, questo non significa in automatico che debba essere considerata in modo diverso dalle altre. Bisognerebbe considerare a monte il ruolo svolto dalle Regioni in ambito sanitario in relazione al fenomeno immigrazione. Se una Regione, per esempio, è la prima tappa di questo fenomeno, dovrebbe potenziare tutti gli interventi di sorveglianza e prevenzione sanitaria in grado di individuare e curare patologie gravi come la tubercolosi, le malattie infettive e diffusive, e predisporre interventi di vaccinazione per gli immigrati. Se invece una Regione, pur non essendo la prima tappa per gli immigranti, ne è la residenza, dovrebbe contabilizzare nel riparto i fondi necessari a strutturare un servizio pubblico adeguato.

Nessuna Regione è "immune" dal fenomeno immigrazione, clandestina o meno; c'è chi lo vive in quanto primo approdo, c'è chi invece, come le Regioni del nord ed anche il Lazio, lo vivono come flusso di immigrati residenti.
Il problema quindi è unico per tutti e non va affrontato in una logica di emergenza, ma di programmazione sanitaria nell'ambito di un federalismo non solo fiscale, ma anche solidale.

Dare risposte programmate e non di emergenza alle sollecitazioni che vive il sistema. Interpretare la spesa farmaceutica nel contesto generale della spesa sanitaria. Tutelare la sanità pubblica per preservare il diritto alla salute.

Come si può inquadrare, secondo lei, la crescita di alcune voci di spesa, come quelle per i medicinali e per la prevenzione?

La crescita di alcune voci di spesa non rappresenta che una parte della realtà, se non viene inquadrata in una logica di sistema. Se consideriamo, per esempio, le prescrizioni di farmaci per l'ipertrofia prostatica negli ultimi 20 anni, le cifre sono da capogiro; se però esaminiamo quanti interventi di prostatectomia sono stati effettuati negli ultimi 20 anni e confrontiamo questi dati con quelli precedenti all'entrata in commercio della finasteride e derivati e degli alfa litici, scopriremo che il sistema ha speso di più in farmaci, ma meno in altri interventi; quindi, soprattutto per il paziente, il bilancio è positivo. Il vero problema è di riuscire a ristrutturare il sistema ospedaliero; in molte realtà calano gli interventi, ma i reparti rimangono gli stessi.

Alla luce di questa situazione quali sono le sfide che attendono il medico di famiglia sempre più chiamato a svolgere un ruolo chiave nella gestione di patologie croniche e complesse?

Il medico di famiglia è parte di un sistema; molto dipenderà dal ruolo che il sistema vorrà affidargli. Guardando un po' più in là, ci si rende conto di come il sistema, pur pubblico, ha necessità di cambiare la logica di gestione più "privatistica"; se non lo fa, rischia di privatizzarsi e in sanità, *USA docet*, la privatizzazione non fa sempre rima con miglioramento del servizio. Anzi, in un Paese come il nostro, in cui la salute è un diritto costituzionale, la privatizzazione potrebbe essere vista come un passo indietro e non certo in avanti. Il medico di famiglia può avere un ruolo in ogni sistema, perché di fronte al problema dei costi legati all'aumento delle prestazioni per le patologie cronico-degenerative può offrire servizi budgettizzati ed a quota capitaria che consentono di essere concorrenziali sia in termini di costi che di efficacia. ■

filo diretto

Le chiavi dell'equilibrio del sistema

Intervista a
RICHARD THEINER
Assessore alla Sanità,
Politiche Sociali e Famiglia
Provincia Autonoma di Bolzano

Nella sua esperienza di governo della sanità della Provincia Autonoma dell'Alto Adige, quali ritiene possano essere le "chiavi" per garantire l'equilibrio del sistema?

Garantire nel nostro sistema sanitario un'ottima qualità ed accessibilità a residenti e ospiti nel nostro territorio. Porre grande attenzione ai costi. Attuare una gestione onesta e trasparente dell'Azienda Sanitaria. Cerchiamo di esseri paragonabili ai centri d'eccellenza che ci circondano, inserendoci bene nella rete scientifica e clinica. Infine rendiamo la presenza dei nostri servizi sociosanitari capillare fino ad ogni angolo delle nostre valli, restando così molto vicini ai cittadini e raccogliendo ampio consenso e soddisfazione.

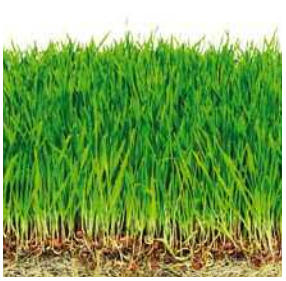
L'Assessorato alla Sanità della sua Provincia si è sempre segnalato per una politica "basata sulle prove", modulando l'assistenza sulla base delle evidenze della letteratura scientifica. Una politica sanitaria basata sulle evidenze comporta "di per sé" un migliore controllo della spesa?

Su questo sono scettico, ma bisogna attendere i risultati concreti che si otterranno con l'assistenza basata sulle evidenze nella prassi delle nostre realtà. Siamo ad una svolta copernicana dell'assistenza, che richiede ampi investimenti nelle risorse umane e siamo soltanto all'inizio...

Alle politiche di prevenzione è destinata una quota assai contenuta del Fondo Sanitario, per lo più assorbito dall'assistenza distrettuale e ospedaliera. Sarebbe auspicabile, a suo giudizio, modificare i... "rapporti di forza" tra i diversi ambiti della salute e dell'assistenza sanitaria?

Il successo e l'efficienza della prevenzione non dipendono soltanto da fondi e politiche destinati all'assistenza distrettuale e ospedaliera. Decisiva è la cultura della prevenzione presente nella popolazione, che si crea pazientemente attraverso programmi sanitari pluriennali, sempre vicini al cittadino, grazie alla preparazione e all'impegno del personale medico e sociosanitario. ■

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



Scoperta

Salute

Abbott

A Promise for Life