

SCENARI E SOLUZIONI PER FARE SPAZIO ALL'INNOVAZIONE

La crisi economica sta mettendo a dura prova la capacità di investimento del Paese, specialmente nel settore pubblico. E la sanità è sicuramente il settore che più di altri è stato chiamato a dare risposte per garantire sostenibilità. Sono stati compiuti molti sforzi per rimettere in carreggiata il sistema, e i risultati si vedono: il nostro SSN da un punto di vista finanziario è stato praticamente risanato. Di certo non può più permettersi di subire ulteriori strette che porterebbero alla morte del sistema, dell'innovazione e di ogni capacità di investimento. E allora quali sono le ulteriori azioni da mettere in atto per continuare a garantire efficienza e sostenibilità delle cure?

Sono molte le vie percorribili, che il patto per la Salute e il regolamento sugli standard ospedalieri hanno indicato con chiarezza. Tuttavia emerge con sempre più forza che la strada da intraprendere per la sostenibilità è ormai obbligata: bisogna ridefinire le priorità degli interventi pubblici. Vale a dire rivedere anche i Lea.

Ma accanto a un'azione come questa, che

richiede interventi politici coraggiosi, sono molte le misure che possono essere messe in atto a livello locale per conquistare sempre più efficienza, continuare a garantire alti standard di cura e fare quindi posto alle innovazioni che premono per entrare nella pratica clinica.

*Di questo si è discusso nel corso del seminario **Riprogrammare l'organizzazione e l'allocatione delle risorse nella sanità dal 2014: scenari possibili**, organizzato nell'ambito del 40° Congresso Nazionale ANMDO a Napoli, e al quale hanno partecipato Domenico Mantoan, Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, Thomas Schael, esperto Siveas in affiancamento alla Regione Piemonte, Federico Spandonaro, Presidente di Crea Sanità dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Giuseppe Zuccatelli, Direttore Generale dell'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani (Inrca) di Ancona. In questo dossier una sintesi dei loro interventi e una domanda a Gianfranco Finzi e Ugo Luigi Aparo, rispettivamente Presidente Nazionale e Segretario Scientifico ANMDO.*

Cambio di governance per obiettivi di efficienza e qualità

Dall'intervento di **Domenico Mantoan**

Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione Veneto

Il Veneto può annoverarsi tra le Regioni d'eccellenza poiché tutto il sistema salute ha compiuto negli ultimi due anni sforzi enormi sul fronte del contenimento dei costi, garantendo alti standard di qualità nella cura ai cittadini.

La ricetta vincente? Una serie di interventi che ha riguardato tutte le sedi istituzionali, realizzando un reale cambio della *governance* in uno spirito di collaborazione, la riorganizzazione del territorio e soprattutto la definizione dei costi standard.

"Il 20% della popolazione veneta, principalmente cronici, consuma ben il 70% delle risorse. Per rendere efficiente il sistema abbiamo quindi messo in atto una serie di azioni nel medio e lungo termine: nel 2012 è stato approvato un Piano sociosanitario che,

attraverso l'introduzione delle schede ospedaliere, ci ha permesso, già nel 2013, di anticipare il regolamento sugli standard ospedalieri. Abbiamo cambiato gli atti aziendali introducendo nuovi modelli organizzativi, che hanno creato anche alcune turbolenze. Gli ospedali sono stati divisi in Hub e Spoke. Abbiamo istituito la rete oncologica concentrando sull'Istituto Oncologico Veneto le decisioni sui farmaci oncologici ad alto costo. Anche il personale sanitario è stato interessato ai cambiamenti. Per primi, in Italia, abbiamo introdotto gli standard sul personale ospedaliero, concordati con le organizzazioni sindacali. E ancora, abbiamo realizzato azioni coraggiose: penso al mutuo di un miliardo e mezzo di euro contratto con il Mef, che ci ha consentito di ricapitalizzare le aziende".

La partita vincente è la riorganizzazione del territorio, maglia debole di molti sistemi sanitari regionali.

"È facile dire che bisogna chiudere gli ospedali" ha osservato Mantoan. "In realtà l'ospedale piccolo, nonostante sia magari inefficiente, è percepito dal cittadino come un punto di riferimento sempre aperto. Quindi o si organizza un territorio con

un'assistenza H24 o sarà inevitabile che i cittadini salgano sulle barricate per evitare la chiusura degli ospedali. Bisogna riorganizzare il territorio, la grande partita è questa”.

Per questo il Veneto ha realizzato strutture intermedie, ospedali di comunità gestiti da infermieri H24 e con la presenza di un medico, con standard ad hoc, quindi con livelli di qualità omogenei su tutto il territorio, e tariffe concordate, che danno la certezza dei costi e dei pagamenti. In numeri, 35.000 posti letto di Rsa, 46.000 prestazioni a domicilio. Cento milioni di euro messi sul piatto per dare assistenza al domicilio: "In questo modo abbiamo abbattuto le liste d'attesa e paghiamo anche le cure per la badante. Ricordiamo che il sistema tedesco costa 2 punti in più di Pil del nostro”.

Ma la stella polare, conclude Mantoan, è la definizione dei costi standard: "La verità è che non possiamo più accettare tagli lineari. Se lo Stato decide che il Ssn è un patrimonio, deve contribuire a renderlo efficiente indicando alle Regioni il modello da seguire. Lo Stato dovrebbe inserire un'authority nazionale che metta le *best practice* a sistema". ■

L'ANMDO in Europa: nuove nomine e ruoli

Una domanda a **Gianfranco Finzi**
Presidente Nazionale ANMDO

Uno dei risultati più importanti che ha ottenuto l'ANMDO a livello europeo è stato quello di inserire alcuni suoi uomini nel gruppo dirigenziale dell'European Association of Hospital Managers (EAHM). In particolare, il sottoscritto ha avuto l'onore di essere eletto nel board e nell'Executive committee, il professor Ugo Luigi Aparo, nostro segretario scientifico, è stato eletto presidente del Comitato scientifico europeo, il professor Pelissero è stato eletto membro della Commissione per gli affari istituzionali, che ha contatto diretto con il 'governo' della Comunità europea per le questioni sanitarie, ed infine il dottor Appicciafuoco è stato nominato membro della Commissione sul bilancio sociale. Quindi un grosso risultato, perché per la prima volta nella storia dell'EAHM quattro italiani occupano punti chiave. L'altro successo è stato quello di vederci assegnare per il 2016 il Congresso europeo a Bologna, che si terrà ad ottobre e avrà come tema principale la possibilità dello sviluppo della sanità in Europa. Questo per noi è molto importante, perché ci pone, a livello europeo, in grado di comprendere i problemi della futura sanità. Ricordo che è già in vigore la normativa europea sulla mobilità dei pazienti in Europa, che porterà certamente a una rivoluzione strategica nel modo di pensare la sanità in tutti i Paesi europei. ■

Riallocare le risorse sui nuovi bisogni della popolazione

Dall'intervento di **Thomas Schael**

Esperto SIVEAS in affiancamento alla Regione Piemonte

A distanza di quasi cinque anni dall'inizio del Piano di Rientro, in Piemonte molte cose scritte non sono state realizzate. Le cause? Come ha spiegato Schael, ci si è concentrati soprattutto sui fattori produttivi, ossia su azioni di *spending review*, piuttosto che sullo sviluppo dell'organizzazione complessiva a livello regionale e aziendale: "I programmi hanno dei capitoli che parlano di innovazione organizzativa, ma di fatto ancora non l'hanno attuata. In Piemonte la riorganizzazione della rete ospedaliera Hub e Spoke è stata solo teorica, non è mai stata implementata fino in fondo. Insomma, ci sono state più dichiarazioni di intenti che fatti”.

Ma questa è una criticità che interessa tutte le Regioni, non solo il Piemonte: "Dobbiamo capire che tenere in piedi un'Unità che non produce è sbagliato, perché è pericoloso in termini di salute e perché si traduce in costi: da quelli per la carta igienica fino a quelli per i farmaci, per i dispositivi e per il personale. Tutte spese inutili, se il reparto non corrisponde ai requisiti di volumi di attività e esiti. Bisogna avere una visione di sistema invece di guardare le singole parti”.

Certo, suggerisce Schael, "bisogna avere il coraggio di attuare scelte forti, persino se questo comporterà scontrarsi con i comitati locali, che difendono interessi di parte. Incominciamo a fare delle scelte che non dipendono dal colore politico, ma professionali e tecniche. Bisognerà accettare di razionalizzare la rete ospedaliera per renderla più sicura, chiudendo Pronto Soccorsi o potenziando altri Presidi, in particolare i Dea di II livello, agendo sia sul pubblico sia sul privato accreditato. Procediamo in un'ottica di efficientamento dei servizi”.

E, sempre guardando alle problematiche in un'ottica più ampia, si focalizzano anche le altre debolezze del sistema. Nonostante il Patto per la Salute garantisca una stabilità del Fondo Sanitario Nazionale, le risorse sono comunque contingentate. "I servizi sanitari universalistici, così come li conosciamo, nel futuro non ci saranno più e saranno sempre meno sostenibili. Siamo, infatti, chiamati a fare sempre di più con sempre meno risorse, e soprattutto a rispondere a bisogni crescenti della popolazione che invocano terapie innovative più efficaci, ma anche più costose. Questo inevitabilmente ci dovrà portare da un lato a una rivisitazione dei Lea, dall'altro a risparmiare attraverso i benefici che deriveranno da una maggiore innovazione organizzativa”.

E nel Patto per la Salute ci sono, appunto, tutte le coordinate da seguire per recuperare le inefficienze. Mentre il regolamento sugli standard ospedalieri approvato dalla Conferenza Stato Regioni lo scorso agosto ha un ruolo fondamentale. "Toccherà ora alle Regioni dare gambe agli obiettivi stabiliti — ha concluso Schael

— ossia *governance*, sostenibilità e revisione degli assetti organizzativi. E poi grazie ai sistemi attivati dal Piano Nazionale Esiti ora possiamo misurare volumi ed esiti per capire dove intervenire e anche risparmiare. Riallocando così le risorse sui nuovi bisogni della popolazione". ■

Le proposte dell'ANMDO per rinnovare il nostro sistema sanitario

Una domanda a **Ugo Luigi Aparo**

Segretario Scientifico ANMDO

In tutta Europa — e non soltanto in Italia — stiamo assistendo a un problema molto serio di sostenibilità dei servizi sanitari nazionali. Il modello di servizio sanitario che conosciamo rischia di sparire in tempi brevi a causa dell'incremento continuo dei costi, al quale non corrisponde da parte dei cittadini la sensazione di una qualità nell'offerta dei servizi molto elevata.

L'ANMDO ritiene che sia arrivato il momento di smettere di fare un semplice *lifting* al sistema e di intervenire, ripensando a come debba essere profondamente cambiato il modello di sanità. Il Servizio Sanitario Nazionale oggi è costruito essenzialmente su quello che fanno i professionisti della salute piuttosto che su ciò di cui hanno bisogno i cittadini. Non c'è una razionalizzazione dei percorsi rispetto ai pazienti.

Pensiamo che sia necessario agire sugli sprechi, riducendo gli interventi che nascono da un eccesso di medicalizzazione (*overdiagnosis* e *overtreatment*), e superare l'attuale logica del frazionamento dell'erogazione dei servizi, che noi chiamiamo 'erogazione a silos', per arrivare a un'autentica integrazione tra ospedale e territorio, avendo come punto di riferimento centrale il percorso che deve seguire il paziente, il quale deve poter assolutamente trovare le risposte che cerca senza essere costretto a girovagare di servizio in servizio.

A questo bisogna aggiungere un forte impulso all'innovazione. Oggi non dobbiamo più pensare a come sfruttare l'esistente, ma a inventare nuovi modi di creare valore, attuando quella che si chiama *exploration* e non solo l'*exploitation*, come è stato fatto fino ad adesso. Bisogna assolutamente creare onestà nel sistema, perché è stato calcolato che il costo della disonestà e della burocrazia per il Servizio Sanitario Nazionale corrisponde a circa 5,5 miliardi di euro all'anno, una cifra che si potrebbe utilizzare in altri modi.

Per concludere, per realizzare questo cambiamento di mentalità occorre agire tantissimo sulla formazione dei professionisti sanitari e ricordarsi che ciò che deve permeare tutta questa azione deve essere un fortissimo richiamo all'etica. Senza l'etica tutto questo non è realizzabile. ■

Attuare una politica dell'innovazione per non fermare il Paese

Dall'intervento di **Federico Spandonaro**

Presidente di Crea Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

"Il sistema sanitario da un punto di vista finanziario è stato, almeno temporaneamente, risanato. Il disavanzo è stato ridotto di circa il 75% dopo l'intervento dei Piani di Rientro ad esclusione del Lazio, che da solo somma nel 2013 il 36,2% di tutto il disavanzo nazionale, e del Molise. Unico neo: non siamo riusciti a ridurre le differenze di accesso a livello geografico".

Ma il dato è che in Italia per la sanità spendiamo meno degli altri Paesi europei pur continuando a mantenere alti livelli di *outcome* e un'efficienza che tutti ci riconoscono. Il gap fra spesa pro capite italiana e Paesi EU14 è, infatti, ampio: in dieci anni si è allargato del 5,7%, arrivando al 25,2%. Siamo anche il Paese che sborsa di meno sulla spesa farmaceutica per gli over 65: la forbice con gli altri Paesi della Eu nel 2012 ha raggiunto il 34,9%. Ma il risultato finale è che inevitabilmente ci sono dei razionamenti.

Un passaggio fondamentale per garantire stabilità e garanzia di cure è quindi capire se l'innovazione è un buon investimento, e, se sì, quali sono le strategie da seguire per potersi permettere innovazione. Quanto al primo punto, guardando ai numeri, la risposta sembrerebbe affermativa, ha evidenziato Spandonaro. Un esempio su tutti: l'artrite reumatoide. "I tassi di ospedalizzazione dopo l'arrivo dei farmaci biologici sono calati ovunque — ha affermato — e il crollo si è evidenziato in particolare sulla popolazione più anziana. Sembrerebbe quindi, ma non abbiamo ancora un'evidenza dei fatti, che si riesca a ritardare l'aggravamento dello stato di salute. Meno incertezze ci sono invece sulla sclerosi multipla. Nel 2006 con l'introduzione di terapie innovative abbiamo assistito a un crollo dei tassi di ospedalizzazione. La fase critica del ricovero per classi di età è diminuita. Questo si è tradotto in un risparmio per il SSN. È chiaro poi che per non vanificare questo risparmio, tutto debba essere accompagnato anche da un'innovazione organizzativa.

Come sostenere l'innovazione? "Aumentare il Fondo Sanitario Nazionale o spostare risorse dagli altri settori per sostenere ciò che è innovativo — evidenzia Spandonaro — sono soluzioni impraticabili". "Grazie all'arrivo dei generici siamo riusciti a finanziare quel poco di innovazione che è entrata in Italia. Adesso arrivano i biosimilari, ma non credo che questo consentirà un risparmio tale da poterci permettere di investire, ad esempio, nei nuovi farmaci anti Hcv. Mi spiego: il mercato potenziale dei biosimilari, secondo i calcoli di Assogenerici, è di 1,5 miliardi. A conti fatti, se le riduzioni dei prezzi, rispetto agli *originator*, si attesteranno su una media del 20%, il risparmio conseguito, a regime, sarà di 300 milioni di euro. Recuperiamo quindi soldi, ma

non tanti da coprire le spese per i nuovi anticorpi monoclonali. In sostanza questo non risolve i nostri problemi". E allora bisogna pensare ad altre operazioni. Per Spandonaro la via strategica da attuare è dire con chiarezza che "i Lea non possono garantire tutto". "Questa è una soluzione sulla quale i nostri politici dovranno riflettere attentamente. Dobbiamo avere il coraggio di affermare che alcune prestazioni non sono più etiche e cominciare a escludere dal sistema quanto è ormai vecchio e non serve più. Cominciamo a pensare a un *delisting* delle terapie a bassissimo costo", ha suggerito Spandonaro. "Pensiamo che circa il 37% della spesa territoriale farmaceutica è orientata verso farmaci che costano meno di 10 euro, spese quindi che potrebbero essere pagate di tasca propria dai cittadini. Se si operasse una 'selezione' si produrrebbe un risparmio stimabile in circa 3 miliardi e mezzo di euro, che potrebbero essere investiti verso prestazioni più costose che i cittadini non possono permettersi". "E forse — ha concluso — sarebbe anche il caso di costituire un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica". ■

Una visione di sistema per investire nell'innovazione

Dall'intervento di **Giuseppe Zuccatelli**

Direttore generale dell'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani (INRCA), Ancona

Emergenza, prevenzione e fragilità: sono queste le tre parole chiave per costruire un sistema sanitario solidale e universalistico secondo Giuseppe Zuccatelli.

"Il Servizio Sanitario Nazionale deve avere tre pilastri. Il primo è un sistema di emergenza efficiente. Il secondo è un sistema di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro degno di questo nome. Invece questo sistema mostra ancora inefficienze. Pensiamo agli screening di popolazione: in molte Regioni sono ancora tante le donne che non vengono contattate per il tumore alla cervice uterina e questo è inaccettabile. Il terzo pilastro è quello della tutela delle fragilità. Non autosufficienza, Alzheimer, patologie psichiatriche, tossicodipendenza, handicap: ogni famiglia italiana ha almeno uno di questi problemi. Peccato che, invece di concentrarsi su queste tematiche, il dibattito si sia focalizzato solo sugli ospedali".

Per Zuccatelli bisogna avere una visione di sistema "perché solo così possiamo rimetterci in piedi e iniziare a investire nell'innovazione". Quali sono quindi le operazioni da attuare per compiere questo giro di boa? Zuccatelli non ha dubbi: l'introduzione di elementi sanzionatori per chi non rispetta gli obiettivi, un ruolo unico del medico pubblico e la riforma del sistema di formazione dei medici.

"Chi lavora nel sistema — ha spiegato Zuccatelli — deve iniziare a rispondere delle proprie azioni, deve dimostrare perché ha assunto determinati comportamenti e, se non lo fa, deve uscire dal sistema. Per questo devono essere introdotti strumenti sanzionatori veri. E ancora, abbiamo cinque categorie mediche con trattamenti economici completamente differenti: ospedalieri, universitari, medici di famiglia, della continuità assistenziale e summaisti. Serve invece un ruolo unico del medico pubblico. Bisogna poi riformare il sistema della formazione. Oggi le competenze sono nei grandi ospedali, che devono diventare sede di insegnamento. Le Facoltà di Medicina devono passare dal Miur al Ministero della Salute e devono regionalizzarsi. Queste sono le operazioni che vanno attuate".

Il patrimonio che il Paese ha a disposizione è immenso, ha quindi concluso Zuccatelli, ma bisogna fare squadra: "Le competenze sviluppate in ambito professionale si devono mettere insieme e costituire un board nazionale. Gestire il sistema sanitario è una competenza che si impara sul campo, con decenni di esperienza". ■

