

— 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 *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 sumai. 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". ■

