



CARE

costi dell'assistenza e risorse economiche

2

CRONICITÀ E INNOVAZIONE COME BANCHI DI PROVA DI UNA NUOVA GOVERNANCE FONDATA SUL VALORE

A colloquio con **Andrea Urbani**

Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Dottor Urbani, la cronicità è forse la sfida più importante che il nostro servizio sanitario deve affrontare. Per questo il Ministero della Salute ha elaborato il Piano nazionale delle cronicità. Vuole descrivercene gli aspetti essenziali?

Il piano è un documento di indirizzo, che si propone di sviluppare in modo armonico metodologie e strumenti di gestione della cronicità e di trasferire su tutto il territorio nazionale esperienze virtuose già presenti in alcune realtà regionali. È stato elaborato dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni e le rappresentanze dei cittadini e dei pazienti.

Si basa su alcuni fattori chiave che riguardano:

- l'identificazione della popolazione target per classi di patologia e la sua stratificazione per gradi di complessità sulla base del rischio;
- la valutazione dell'intensità delle risorse assorbite da ogni classe di patologia;
- l'ottimizzazione della presa in carico del cittadino in quanto paziente cronico, rispetto alla quale lo stesso medico di medicina generale occupa un posto fondamentale;
- la valorizzazione del processo di empowerment del cittadino.

Con questo Piano vogliamo valutare gli strumenti e le interconnessioni esistenti tra professionisti sanitari e servizi, individuando le migliori pratiche a livello nazionale per migliorare la qualità di vita del paziente cronico.

segue a pag 2

Anno 20 Marzo-Aprile
2018

Care nasce per offrire a medici, amministratori e operatori sanitari un'opportunità in più di riflessione sulle prospettive dell'assistenza al cittadino, nel tentativo di coniugare – entro severi limiti economici ed etici – autonomia decisionale di chi opera in Sanità, responsabilità collettiva e dignità della persona.

- **Dalla letteratura internazionale** **5**
- **Dossier**
EPATITE C: ACCESSO AI FARMACI NELLE REGIONI ITALIANE **13**
- **MICI:**
BURDEN ECONOMICO DELLA PATOLOGIA E QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE **20**
- **Parole chiave**
RISPARMIO **22**
- **L'angolo della SIF** **25**
- **L'angolo della SITeCS** **28**
- **L'angolo dell'ANMDO** **30**



Laureatosi in Economia e Commercio presso l'Università di Roma La Sapienza, Andrea Urbani è stato membro del Collegio degli esperti del Presidente della Regione Lazio per il piano di rientro dal disavanzo sanitario tra il 2010 e il 2013. Nel 2013 è stato nominato sub commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria, carica che ha ricoperto fino al 2 marzo 2017 quando ha assunto l'incarico di direttore della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria presso il Ministero della Salute.

Da pochi mesi si è insediata anche la Cabina di Regia prevista dal Piano, da lei presieduta. Quali sono i suoi compiti principali? Riuscirà a tenere insieme le 20 diverse anime dei nostri servizi regionali?

Nella stessa Cabina di Regia sono presenti, oltre al Ministero, anche le Regioni e le rappresentanze di cittadini e malati, rispetto ai quali la Cabina di regia svolge il ruolo di facilitatore. Questo perché l'obiettivo del Piano è quello di attivare un meccanismo di raccolta di informazioni condiviso così come condivisi sono i feedback e le ipotesi di soluzione.

Tra i compiti della Cabina di Regia vi è quindi quello di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano e di monitorarne applicazione ed efficacia; di guidare e gestire gli interventi previsti definendo una tempistica per realizzare gli obiettivi prioritari; di coordinare le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi; di monitorare la realizzazione dei risultati; di promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto delle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità; di diffondere le *best practice*; di valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte; di produrre una relazione periodica e di proporre l'aggiornamento del Piano, proponendo anche l'inserimento – se ritenuto opportuno – di altre patologie. Stiamo lavorando a stretto contatto con Regioni come la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana, che hanno già messo in campo azioni di attuazione anche parziali del Piano, perché crediamo molto nell'utilità dello scambio di *best practice* e di modelli che si dimostrino efficaci

e che possano essere trasferiti su territori che stanno recependo più lentamente i contenuti del Piano. È invece ora che tutte le Regioni entrino nel vivo del Piano e che abbiano chiaro il fabbisogno di salute della propria popolazione in generale, non solo dei pazienti cronici. Questo ci consentirà di effettuare un'allocazione ottimale delle risorse e di procedere finalmente anche con azioni di prevenzione mirate.

Il nostro servizio sanitario è entrato ormai nel suo quarantesimo anniversario, ma non sono poche le voci di chi ritiene che non sia più in grado di conservare la sua caratteristica di universalismo. È d'accordo con questa posizione?

Sono fermamente convinto che la responsabilità di garantire la sostenibilità del carattere universalistico del nostro servizio sanitario, che il mondo ci invidia, debba accompagnarci tutti. Non condivido la posizione di chi ritiene che il nostro sia un Paese privo di visione, con un servizio sanitario che non è in grado di maneggiare l'innovazione e che non è prospettico o resiliente rispetto a tutte le novità che stanno arrivando. In realtà, se dopo 40 anni il nostro servizio sanitario è ancora universalistico, lo è perché 10 anni fa ci si è resi conto che questo sistema rischiava di non essere più sostenibile e sono state intraprese alcune misure e avviata una serie di manovre in grado di offrirci dei risultati ancora oggi tangibili. Il nostro servizio sanitario è infatti ancora in grado di erogare sanità a tutti e per tutti: cittadini, stranieri e stranieri irregolari. Abbiamo messo in sicurezza i conti. Ora dobbiamo

CARE

Costi dell'assistenza e risorse economiche

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief)
Cesare Albanese, Giancarlo Bausano
Mara Losi

Stampa
Ti Printing srl - Roma

Progetto grafico ed impaginazione
Doppiosegno snc - Roma

Fotografie: ©iStockphoto.com

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare aprile 2018

Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2018
Individuale: euro 90,00
Istituzionale: euro 120,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:
Il Pensiero Scientifico Editore
Ufficio Promozione
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
(legge 675/96 tutela dati personali)

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.
La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.



SALUTE PUBBLICA

Potere, empowerment e pratica professionale

di Glenn Laverack

Prima edizione italiana a cura di Claudia Tortone e Norma De Piccoli

In un momento storico di crisi di rappresentatività e di fiducia, far emergere le potenzialità presenti nelle comunità e favorire lo sviluppo del benessere e delle capacità a tutti i livelli, con un'attenzione maggiore all'equità e all'inclusione, dovrebbero rappresentare gli obiettivi guida per ogni forma di intervento che riguardi la salute.

“Salute pubblica”, sulla scorta della pluriennale esperienza di ricerca e pratica del suo autore, propone una metodologia funzionale alla pianificazione, implementazione e valutazione dei programmi per la salute pubblica in un'ottica in cui l'empowerment è insieme strumento e obiettivo.

www.pensiero.it
numero verde 800-259620



reingegnerizzarlo, mettendo in pista modelli e risorse adeguati a fronteggiare l'emergenza cronicità e le sfide dell'innovazione. Stiamo lavorando per costruire dei sistemi informativi che ci consentano di modificare la *governance* attuale del nostro sistema sanitario, mettendo al centro di ogni processo la visione del paziente.

Vuole descriverci meglio questo cambiamento di governance?

Innanzitutto mi preme sottolineare che le misure di *governance* applicate fino ad oggi sono state inevitabili. Il nostro sistema sanitario dieci anni fa rischiava il fallimento, con un disavanzo di 5 miliardi di euro ogni anno e 10 miliardi di debiti fuori bilancio. Era prioritario riportare i conti in equilibrio e ci si è riusciti imponendo i tetti di spesa ai vari settori: spesa farmaceutica, dispositivi medici, acquisto di prestazioni da privato e spesa per il personale. In questo modo il sistema è tornato in equilibrio e è stato possibile mantenere un servizio sanitario interpretato essenzialmente come organo deputato ad erogare: farmaci, prestazioni, giornate in ospedale o in assistenza territoriale.

Questo modello di *governance* ci ha fatto però perdere di vista le interdipendenze che i singoli fattori di spesa hanno l'uno per l'altro. Perché è chiaro che, ragionando con la logica dei silos,

non percepisco se una tecnologia sulla quale ho investito mi fa risparmiare sui costi o è in grado di produrre *outcome* importanti su altri silos di spesa.

Oggi stiamo cominciando a ragionare per patologia, valutando nel loro complesso tutti i costi – anche sociali – legati alla sua gestione. Dobbiamo quindi abbandonare la logica dei tetti di spesa verticali per misurare in maniera oggettiva (e in questo siamo il primo Paese al mondo) l'impatto orizzontale delle innovazioni – ossia dei nuovi farmaci e dispositivi medici – sulla gestione del percorso della malattia. Vogliamo quindi passare da una *governance* basata sulla logica dei silos a ad una *governance* fondata sul valore, nella quale – proprio perché riusciamo a misurare gli outcome di un intero percorso di cura – possiamo valorizzare quelle tecnologie che offrono realmente i migliori esiti in termini di sopravvivenza e soprattutto in termini di qualità della sopravvivenza.

Per applicare questo nuovo modello servirebbero più risorse?

In realtà non è detto che servano più risorse. Serve sicuramente un diverso modo di allocarle. Prendiamo l'esempio dei nuovi farmaci per l'epatite C. Fino a poco tempo fa sono stati recepiti essenzialmente come un costo. Oggi ci stia-

mo attrezzando a percepirli come investimento perché ci hanno consentito enormi risparmi sul percorso terapeutico, considerando il fatto che l'epatite C non trattata può esitare in cirrosi e cancro. Per il 30% dei cirrotici si rende necessario il trapianto, con costi di ospedalizzazione e un consumo farmaceutico legato alla speranza di vita importanti.

Sulla base di quanto ha chiesto la legge di bilancio 2018, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'AIFA stiamo per rilasciare una metodologia in grado di monitorare gli effetti dell'utilizzo dei farmaci innovativi sul costo del percorso terapeutico-assistenziale complessivo. In questo modo saremo in grado di calcolare i risparmi effettivi da reinvestire e da riallocare subito all'interno del SSN.

Stiamo lavorando a un modello predittivo che ci consentirà di poter verificare come evolverà il bisogno di salute della popolazione da qui a trent'anni. La nuova *governance* ci consentirà di riprogrammare le politiche sanitarie e di ridistribuire le risorse tra un ospedale flessibile e organizzato per intensità di cure e un territorio che privilegi la domiciliarità.

È rispetto al problema delle disuguaglianze esistenti tra i servizi sanitari regionali o al problema delle liste di attesa, quali risposte siete in grado di dare?



Nonostante all'estero molti invidino il nostro sistema sanitario perché ci ha consentito di ottenere la speranza di vita più alta del mondo occidentale e i migliori tassi di sopravvivenza, è vero che poi ci perdiamo sull'umanizzazione delle cure o sul comfort alberghiero o sulle liste di attesa: tutti aspetti che quotidianamente toccano da vicino ogni cittadino.

Quello che posso dire è che abbiamo appena terminato, insieme a tutti gli enti nazionali che si occupano di sanità, di individuare un percorso di back office che valuti la sanità per quello che è. In questo modo abbiamo posto le fondamenta per un sistema sanitario efficace e sostenibile nel corso del tempo. La sanità del futuro sarà molto diversa da quella attuale perché sarà una sanità fondata sull'innovazione e sulla gestione della cronicità secondo nuove strade. L'innovazione ha fatto sì che le prestazioni si siano trasformate molto spesso in processi perché oggi un nuovo *device* o un nuovo farmaco cambiano lo stesso modello organizzativo di gestione della patologia.

Per dare spazio all'innovazione dobbiamo essere in grado di misurarla. Per darvi un'idea della modernità di questo nuovo sistema regolatorio, posso dirvi che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA dall'anno scorso lavora in permanenza. Questo per evitare di dover aspettare altri 17 anni prima che i LEA vengano di nuovo ammodernati. Noi valuteremo il loro aggiornamento secondo un percorso oggettivo misurabile e in grado di dare risposte in tempi certi, cosa che non esiste in nessun altro Paese al mondo. Questa è la premessa per la modifica della *governance* del nostro servizio sanitario.

Riguardo al problema delle disuguaglianze regionali sarò molto franco. Non ritengo che sia un problema di risorse perché sono convinto che se mettessi un miliardo di euro in più in alcune Regioni non otterrei un miglioramento nell'offerta di prestazioni, ma solo un aumento proporzionale delle spese non produttive.

La verità è che le riforme camminano sulle gambe degli uomini. Per questo bisogna avere il coraggio di pretendere che chi ricopre un incarico sia in grado di affrontare le sfide che gli si propongono. Lo Stato deve essere più presente laddove l'autonomia non è in grado di garantire i diritti dei cittadini. Questo è il compito di uno Stato. Dove non ci sono problemi, ci può essere maggiore autonomia. ■ ML