

La Cura del Servizio Sanitario Nazionale: Priorità di Intervento

ATTI DEL CONVEGNO - ROMA, 8 GIUGNO 2010



La Cura del
Servizio Sanitario Nazionale:
Priorità di Intervento

ATTI DEL CONVEGNO
ROMA, 8 GIUGNO 2010

Indice della pubblicazione

PREMESSA E RINGRAZIAMENTI	4
Massimo Scaccabarozzi , <i>Chairman IAPG</i>	
LE 4 DOMANDE E LE RISPOSTE “IN PILLOLE”	6
INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	15
Claudio Carpentieri , <i>Coordinatore IAPG</i> Andrea Peruzu , <i>Segretario Generale Fondazione Italianieuropei</i> Mario Ciampi , <i>Direttore Fondazione Farefuturo</i>	
SINTESI DELLO STUDIO DEL CEIS-TOR VERGATA	21
Vincenzo Atella , <i>Professore di Economia presso il CEIS Tor Vergata, Facoltà di Economia di Roma Tor Vergata</i>	
LE ANALISI DEGLI ESPERTI E LE PROPOSTE DEI THINK TANK	29
I DISCUSSANT	
<i>Farefuturo</i> , Pierfrancesco Dauri , <i>Direttore UOC Anestesia e rianimazione Ospedale CTO “Andrea Alesini” di Roma e Presidente Associazione Faresanità Italianieuropei</i> , Lorenzo Sommella , <i>Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma</i>	
I TECNICI	
Pierluigi Russo , <i>Ufficio OsMed e Attività di HTA dell’AIFA</i> Sabina Nuti , <i>Direttore Laboratorio Management e Sanità (MeS) Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa</i> Dino Cosi , <i>Commissario straordinario del Policlinico “Umberto I” di Roma e Direttore Generale Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri</i> Claudio De Vincenti , <i>Professore di Economia politica Facoltà di Economia di Roma La Sapienza, e Consigliere di Amministrazione dell’AIFA</i>	
IL CONFRONTO CON LA POLITICA: COMMENTI E CONCLUSIONI	43
Ignazio Marino , <i>Presidente Commissione d’Inchiesta sul SSN - Senato della Repubblica</i> Cesare Corsi , <i>Presidente Commissione Industria - Senato della Repubblica</i>	

IAPG - Italian Pharmaceutical American Group, il gruppo che riunisce le aziende farmaceutiche italiane a capitale americano, ha organizzato lo scorso 8 giugno un convegno in collaborazione con due autorevoli Think Tank, Farefuturo e Italianieuropei.

La nostra sfida è stata quella di provare a individuare alcune tra le principali peculiarità e criticità che rendono non più sostenibile il Servizio Sanitario e di ragionare insieme sulle possibili soluzioni e priorità di intervento, sia nel breve che nel medio-lungo periodo, convinti che la Sanità è un bene di tutti e che pertanto richiede un approccio - e soprattutto - decisioni condivise, nella consapevolezza della scarsità delle risorse oggi disponibili.

Ritengo che la sfida sia stata vinta: da tutti gli interventi svolti durante il convegno sono emersi importanti contributi e numerose proposte per garantire maggiore efficacia ed efficienza e, dunque, un servizio migliore e più vicino alle esigenze dei cittadini.

Si è parlato dei rischi e delle opportunità del Federalismo; di nuovi meccanismi di nomina dei direttori generali e dei primari nelle ASL; di prevenzione e di assistenza domiciliare e territoriale; del ruolo della classe medica; di responsabilità della Politica, sia a livello nazionale che regionale; di condivisione degli obiettivi, nonché del ruolo dei farmaci e, in particolare dell'innovazione, per contribuire al miglioramento e alla sostenibilità del SSN (nonché regionali) del futuro.

Il tema dei farmaci è stato volutamente tenuto in secondo piano: dopo molti anni nei quali il controllo della spesa sanitaria è passato quasi esclusivamente attraverso tagli e tetti sulla farmaceutica, abbiamo proposto - anche provocatoriamente, ritenendo di aver sempre fatto, come Industria, la nostra parte - di provare a ragionare su tutto il resto, sull'ormai (per noi) famoso 85% della spesa sanitaria che non riguarda i farmaci e presenta dinamiche di crescita critiche con importanti margini di contenimento e miglioramento.

Anche sotto questo profilo sono emersi punti di vista e proposte davvero interessanti anche se l'ultima manovra finanziaria sia ancora una volta intervenuta quasi esclusivamente sulla spesa e sull'industria farmaceutica. È ormai condiviso che la politica dei tagli e dei tetti risponda a logiche di emergenza e di breve periodo che è necessario superare con interventi strutturali e sembra altrettanto evidente l'importanza di salvaguardare e incentivare gli investimenti in ricerca e innovazione farmaceutica nel nostro Paese, anche intervenendo sulla distribuzione o sui generici. Oltre a questo è necessario introdurre meccanismi di premialità, migliorando quelli già esistenti, come il Fondo per l'Innovazione, o riprendendo gli accordi di programma, che nel recente passato, grazie un bando di soli cento milioni di euro, ha portato proposte di investimento in Italia pari ad un miliardo e trecento milioni di euro.

Ancora una volta - attraverso la collaborazione, il dialogo e il confronto con i principali attori del settore, della Politica e delle Istituzioni - abbiamo tentato di offrire un contributo serio e costruttivo al dibattito in corso.

Ancora una volta, il nostro auspicio sincero è che la Politica - com'è stato detto da più parti durante il convegno - voglia prendere in considerazione le proposte e le soluzioni individuate, nell'ambito del più ampio percorso di riforma della Sanità in Italia.

Di seguito, i principali ambiti di studio e analisi affrontati dalle due Fondazioni e dai singoli Relatori che hanno partecipato al convegno - con un sunto delle rispettive risposte alle quattro macro domande condivise all'inizio del nostro percorso - e la pubblicazione degli atti.

Buona lettura,

Massimo Scaccabarozzi
Chairman IAPG

Un ringraziamento a tutti gli ospiti e ai relatori per aver accolto il nostro invito a partecipare al convegno e per aver contribuito in maniera costruttiva alla discussione.

Modello di assistenza

1

Quale potrebbe essere il modello di assistenza sanitaria che, nei prossimi anni e alla luce di quanto avviene negli altri Paesi, può garantire i migliori risultati in termini di efficacia (outcome sanitari) e di efficienza (ottimizzazione delle risorse)?

A. Peruzi

Con la riforma federale, politica regionale e nazionale dovranno procedere in modo organico e omogeneo per **garantire una eguale tutela del diritto alla Salute**.

L. Sommella

Riconvertire il Sistema cercando di **massimizzare il rapporto beneficio-costi**, poiché è evidente l'inopportunità di appoggiare la gestione del SSN solo con una logica "contabile".

I. Marino

Ridurre le differenze esistenti tra il Nord e il Sud del Paese dal punto di vista ospedaliero, territoriale, farmaceutico e della prevenzione.

M. Ciampi

Realizzare la riforma federalista nel suo significato più autentico: **sussidiarietà**, verticale ma anche orizzontale, per dare **un nuovo ruolo allo Stato centrale**.

P. Dauri

"Depoliticizzazione" della Sanità e vera **compartecipazione dei privati** alla gestione sanitaria. Da questo punto di vista la Lombardia rappresenta senza dubbio un modello virtuoso.

C. Corsi

Una **rivisitazione del Servizio Sanitario e del Titolo V della Costituzione** per consentire a ciascuno di godere in maniera uniforme dei diritti costituzionalmente garantiti.

Priorità d'intervento

2

Quali dovrebbero essere le priorità d'intervento e i cambiamenti necessari per implementare il modello stesso, sia a livello nazionale che regionale, alla luce dell'introduzione del federalismo fiscale e dei suoi potenziali effetti sulla Sanità?

A. Peruzi

Migliorare l'efficienza della spesa piuttosto che adottare generici tagli che hanno dimostrato in passato di non essere una soluzione ottimale.

L. Sommella

Adottare un approccio completamente diverso, basato sulla **prevenzione**, promuovere una maggiore **de-ospedalizzazione** e aumentare l'**efficienza degli ospedali**.

I. Marino

Recuperare risorse migliorando l'attuale **utilizzo delle strutture ospedaliere**. La Sanità, poi, deve avere la **prevenzione** tra i capitoli di spesa principali.

M. Ciampi

Migliorare la capacità manageriale e aumentare l'autonomia decisionale delle Aziende sanitarie per garantire la migliore pratica correlata alla tariffa più vantaggiosa.

P. Dauri

Fare **prevenzione**, anche nella gestione post-acuta, e - in generale - **riformare profondamente il governo clinico e la gestione amministrativa** della Sanità.

C. Corsi

Più responsabilità da parte di tutti e **nuovi criteri di selezione della classe dirigente**. Con i Piani di rientro, poi, **razionalizzare la rete ospedaliera e sviluppare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**.

Ruolo del farmaco

3

Quale ruolo potrebbe giocare il farmaco in un processo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del SSN e i limiti che - in tale contesto - derivano dalla presenza di tetti solo per la spesa farmaceutica?

L. Sommella

Bisogna recuperare **efficienza** e garantire **maggiore appropriatezza nell'erogazione e nella somministrazione dei farmaci** per poter superare la logica dei tetti.

M. Ciampi

L'Industria della Salute rappresenta uno dei principali volani di sviluppo del nostro Paese: è necessario, quindi, passare da una concezione del **farmaco** come costo a una che lo veda **come un'opportunità**, superando la fase provvisoria ed essenziale del controllo di spesa.

C. Corsi

Recuperare il rapporto Governo-Industria e riproporre gli **accordi di programma**, per cercare di evitare eventuali ulteriori processi di ristrutturazione, ridimensionamento e licenziamento da parte delle Aziende.

Sostenibilità e finanziamento

4

E infine, come garantire, nel medio-lungo periodo, la sostenibilità e il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale alla luce degli attuali trend socio-demografici e, soprattutto, macro-economici?

A. Peruzi

Istituire un'Autorità terza e indipendente per contribuire a garantire trasparenza, efficienza e soprattutto la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini.

L. Sommella

La composizione demografica è completamente diversa rispetto a trent'anni fa e i bisogni sono cambiati radicalmente: **il SSN deve sapersi adeguare**, con tempi ragionevoli, **al mutato contesto**.

I. Marino

Istituire un'**Agenzia al di sopra delle parti** per una valutazione e verifica dei nostri professionisti e **definire i criteri per la nomina dei direttori generali e dei primari**.

M. Ciampi

Uscire dal paradosso che le Regioni meno virtuose sono anche quelle meno attente ai servizi erogati. La sfida poi sarà il passaggio dalla **visione** contabile a una **complementare che consideri la spesa sanitaria una spesa per investimenti**.

P. Dauri

Innanzitutto, è cambiata la **mission** del SSN che impone non solo la cura ma la **ricerca** e la **garanzia del benessere**, attraverso la prevenzione a 360°. Bisogna poi **affrontare la politica sanitaria in modo organico e coerente** abbandonando la logica dei tagli.

C. Corsi

Recuperare il concetto di **responsabilità**: tutti coloro che operano nel Sistema Paese e nel SSN si mettano intorno a un tavolo per decidere cosa fare. Dopo 30 anni infatti è necessaria una **revisione del SSN, rinnovando**, innanzitutto, **il rapporto con le Regioni**.

Introduzione e Presentazione del Progetto



Dott. Claudio Carpentieri

Coordinatore IAPG

*Voglio ringraziare tutti i presenti, i Relatori e, in particolare, i **Partner** di questo progetto - avviato circa un anno fa - che ci ha visto coinvolti come **IAPG** insieme al **CEIS di Tor Vergata**, con il Prof. Atella e il Dott. Carbonari, e ai due Think Tank, **Farefuturo** e **Italianieuropei**.*

Il progetto nasce da una scommessa: abbiamo voluto provare a svincolarci - nell'analisi delle dinamiche della Sanità - dall'emergenza e dall'urgenza delle decisioni di

breve periodo, adottate per esigenze di cassa, per provare a riflettere, in modo nuovo, con il mondo politico e individuare percorsi in grado di migliorare l'efficacia

e l'efficienza del nostro Sistema Sanitario, non limitandoci esclusivamente al farmaco. Abbiamo voluto farlo con un approccio bipartisan - per questo abbiamo scelto due "pensatoi" rappresentativi sia del Centrodestra che del Centrosinistra - convinti del fatto che quando si parla di scelte sanitarie lo si debba fare in un'ottica il più ampia possibile. Del resto, l'approccio bipartisan ci è stato suggerito da ciò che abbiamo visto in questo decennio di federalismo, dove le valutazioni e le scelte nella politica sanitaria sono state spesso coincidenti, al di là del "colore" politico.

Abbiamo chiesto al CEIS di Tor Vergata di realizzare uno studio che evidenziasse le anomalie del Sistema Sanitario Nazionale - principalmente attraverso un confronto con i Paesi dell'OCSE - e che individuasse, rispetto a questa fotografia e alle dinamiche osservate, quali potessero essere le priorità d'intervento per recuperare efficienza.

Abbiamo chiesto, quindi, ai due Think Tank un approfondimento e una riflessione con l'obiettivo di condividere i rispettivi punti di vista e le rispettive proposte sulla base delle quattro domande indicate in precedenza.

Indipendentemente dai contenuti che emergeranno nell'incontro di oggi - a mio avviso, senza dubbio interessanti - l'auspicio dello IAPG è di mantenere alta l'attenzione da parte dei nostri interlocutori politici e, soprattutto, di continuare nel dialogo che, come IAPG, stiamo portando avanti da diversi anni con le Istituzioni, nella convinzione che il Sistema Paese può essere migliorato solamente attraverso un confronto e un'interlocuzione continui.

**Il Progetto e
l'approccio
bipartisan**



Dott. Andrea Peruzu

Segretario Generale della Fondazione Italianieuropei

Migliorare l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale e garantire, quindi, gli stessi o migliori standard di cura con un più basso livello di spesa, è uno degli obiettivi con cui la Politica si confronta ormai da anni. Per raggiungere questo obiettivo sono stati varati negli anni numerosi provvedimenti: alcuni si sono rivelati buoni o parzialmente efficaci, altri invece totalmente inadeguati. **Sulla necessità - oggi - di operare un controllo della spesa sanitaria non**

**La politica
dei tagli**

possiamo che essere tutti d'accordo, ma ciò deve essere fatto migliorando l'efficienza della spesa piuttosto che con l'adozione di generici tagli¹ che, se adottati in situazioni di emergenza, dimostrano - com'è già accaduto in passato - di non essere sempre una soluzione ottimale.

È ormai acclarato - e lo conferma anche lo studio del CEIS Tor Vergata - che la composizione della spesa sanitaria in Italia presenta alcune anomalie rispetto alla situazione dei principali Paesi europei e che esistono margini di miglioramento dell'efficienza del Sistema: **alla sfida intellettuale - di individuare le possibili aree di intervento e le specifiche caratteristiche dei singoli interventi - deve seguire una sfida tutta politica, quella cioè di dare concreta attuazione alle proposte e alle soluzioni individuate.** La buona Politica dovrà, insomma, resistere alle pressioni a cui verrà inevitabilmente sottoposta. Nel primo incontro annuale con gli amici di Farefuturo, ad Asolo, abbiamo parlato di Federalismo: abbiamo avuto modo di sottolineare come - **affinché la riforma federale possa trasformarsi in un processo virtuoso e non in una "involuzione" penalizzante per quella parte di popolazione che vive nelle aree economicamente più fragili del Paese - la Politica regionale e la Politica nazionale dovrebbero procedere in modo organico ed omogeneo per garantire una eguale tutela del diritto alla salute.** La Politica dovrebbe possedere la capacità di fare buone proposte ed avere, poi, la forza di attuarle.

**Il progetto/
la sfida**

**Il Federalismo
e la Sanità**

¹ Il riferimento è alla manovra finanziaria (Legge 30 luglio 2010, n. 122) varata dal Governo che, anche per ammissione dei Governatori sia di Centrodestra che di Centrosinistra, potrebbe rendere insostenibile la capacità degli Enti locali di garantire il diritto alla salute e all'accesso alle cure da parte dei cittadini.

*Tra queste una che mi colpì molto - lanciata nel 2007 dal gruppo di studio sulla Sanità della nostra Fondazione, presieduto allora dal Senatore Ignazio Marino - prevedeva la creazione di un'Autorità terza, indipendente, di altissimo profilo e super partes, che si occupasse del controllo dei requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture e del coordinamento per l'accertamento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. **A mio avviso, un'Autorità indipendente potrebbe contribuire a garantire allo stesso tempo trasparenza, efficienza e, soprattutto, la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini.***



Dott. Mario Ciampi

Direttore della Fondazione Farefuturo

Vorrei evidenziare innanzitutto le **ambivalenze del nostro Sistema Sanitario**: da una parte, è riconosciuto essere **tra i migliori del mondo, con una spesa rispetto al PIL sotto la media dei Paesi OCSE** (siamo decisamente lontani dai livelli registrati negli Stati Uniti, in Francia e in Germania), **a base universalistica, tradizionalmente retto sui principi della solidarietà e dell'equità** (valori estremamente importanti se pensiamo a quanto sia stato difficile in altri Paesi, per esempio gli USA, estendere - e non certo a tutti - la copertura sanitaria); dall'altra, è un **Sistema dove si continuano a finanziare gli sprechi di pochi e non viene ancora applicato - come si dovrebbe - il principio del "chi rompe paga", principio sacrosanto di giustizia sostanziale**. I Piani di rientro dal deficit accumulato da alcune Regioni vanno, senza dubbio, nella direzione giusta, ma occorre uscire dal paradosso che le Regioni meno virtuose siano anche quelle meno attente ai servizi erogati. **Questa anomalia del Sistema costringe il nostro Paese e i suoi Governi - a prescindere dal "colore" politico - a mantenere un atteggiamento essenzialmente contabile in materia di Sanità**. A mio parere, nel breve periodo, ben venga questo approccio - senza il quale sarebbe impossibile rilevare le criticità del Sistema - ma oggi siamo ormai nella fase in cui bisogna fare la diagnosi.

Gli sprechi di pochi, i tagli per tutti

Il problema semmai sarà il passaggio, nei prossimi anni, dalla visione contabile della spesa sanitaria (ritenuta una fonte di spesa corrente e, quindi, di deficit) a una visione complementare che la consideri una spesa per investimenti: ritengo che questa sia la vera rivoluzione che abbiamo davanti. La nuova "frontiera" è evidenziata non solo dalla ricerca del CEIS Tor Vergata, ma anche dalla più recente letteratura internazionale e italiana, dal Rapporto del CENSIS 2010, a quello del CERNIB e del CERGAS-Bocconi. **Anche empiricamente, tutti possiamo intuire quanto l'Industria della Salute possa essere uno dei principali volani dello sviluppo del nostro Paese: è necessario, quindi, passare da una concezione che vede il farmaco come un costo a una che lo vede come un'opportunità, superando la fase provvisoria ed essenziale del control-**

Il progetto/
la sfida

*lo di spesa. Certo, questo cambio di paradigma impone delle precondizioni essenziali: a monte, **una capacità di fare le scelte giuste all'interno delle voci di spesa del comparto sanitario**. Il fatto di metterle in rilievo - come fa la ricerca del CEIS Tor Vergata - è una condizione essenziale per poi scegliere e portare sul tavolo dei Decisori queste scelte. A valle, invece, ci vuole **una migliore capacità manageriale e una spiccata autonomia decisionale delle Aziende sanitarie**. Per esempio, se il privato convenzionato costa meno e garantisce migliori prestazioni, la scelta di chi ha la responsabilità gestionale non potrà che essere quella suggerita dal mercato, cioè una migliore pratica correlata alla tariffa più vantaggiosa.*

***Peraltro, questo ci sembra il significato più autentico della riforma federalista ormai imminente: sussidiarietà verticale, certamente, per dare più peso ai territori e alle loro scelte, ma anche sussidiarietà orizzontale e maggiore responsabilità dei livelli tecnici e politici che, detto in altri termini, significa anche un nuovo ruolo dello Stato centrale, non solo ai fini della coesione sociale e dell'individuazione dei livelli essenziali e delle prestazioni.** Spesso, infatti, si guarda alla riforma federalista semplicemente in termini di devolution, ma il federalismo - in tutti i sistemi federali avanzati - prevede anche l'altra faccia della medaglia, cioè un nuovo ruolo degli Stati centrali e dei poteri federali: nella definizione degli obiettivi strategici, per fare della Sanità davvero un veicolo di crescita e di sviluppo.*

Federalismo: un nuovo ruolo dello Stato centrale

Sintesi dello Studio del CEIS - Centre for Economic and International Studies - dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

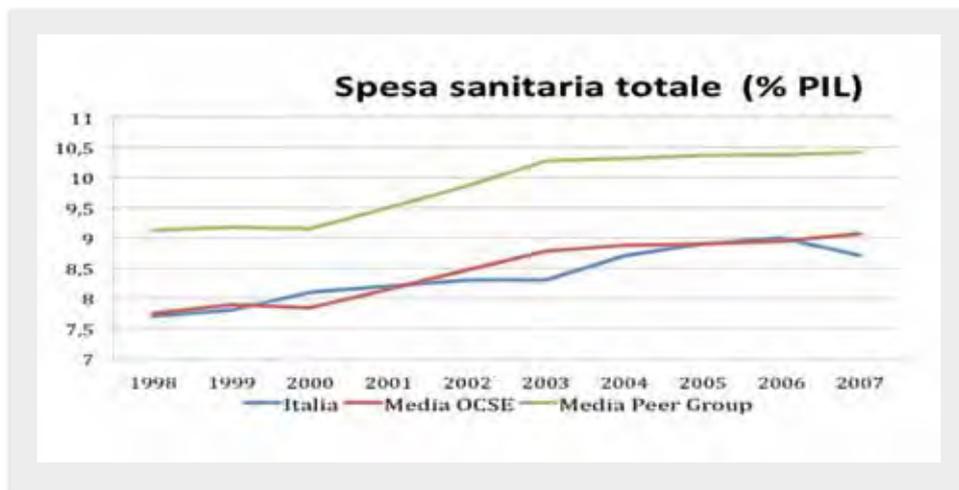
***"La Sanità e i farmaci in Italia: le anomalie, i problemi,
le possibili soluzioni"***

A cura del Prof. Vincenzo Atella e del dott. Lorenzo Carbonari

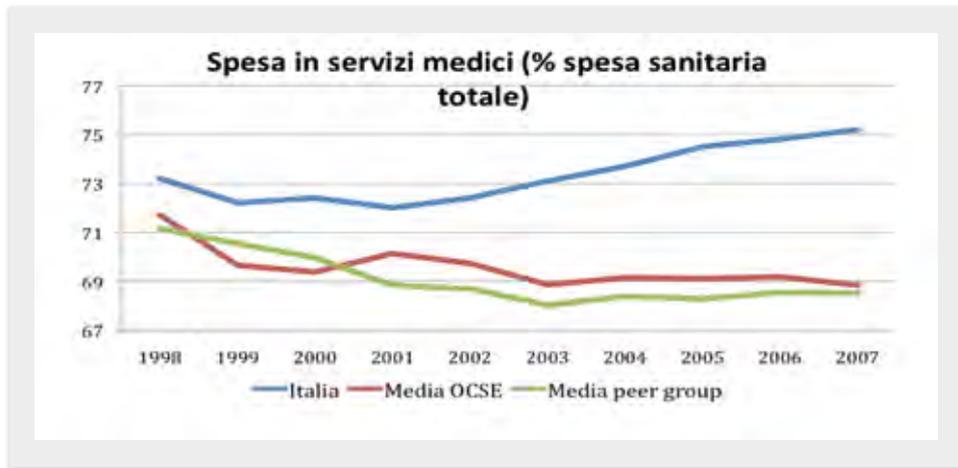
Lo Studio “La Sanità e i farmaci in Italia: le anomalie, i problemi, le possibili soluzioni” nasce con il duplice obiettivo di:

1. presentare alcune tra le principali **anomalie nella composizione della spesa sanitaria italiana**;
2. evidenziare alcune priorità di intervento e possibili **soluzioni che consentano un miglior utilizzo delle risorse esistenti, per migliorare la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale**.

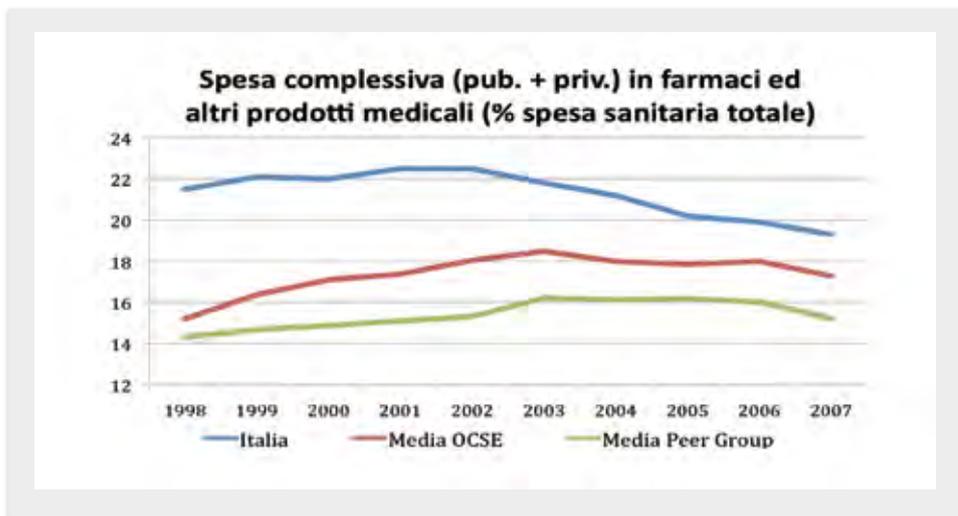
La spesa sanitaria italiana, è di poco inferiore rispetto alla media dei Paesi OCSE e notevolmente più bassa in termini percentuali rispetto al PIL, se raffrontata ad un Peer Group selezionato². Analizzando la sua composizione, si registra però, tra il 2000 e il 2008, una crescita della **spesa per prestazioni e servizi sanitari** del 26% e **dei costi amministrativi e burocratici** di circa il 43%, mentre, nello stesso periodo, la farmaceutica convenzionata è cresciuta solo del 5%.



² Il *Peer Group* è composto dai principali Paesi occidentali: Canada, Francia, Germania, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti; questi Paesi per spesa sanitaria e caratteristiche macroeconomiche più si avvicinano alla realtà italiana.



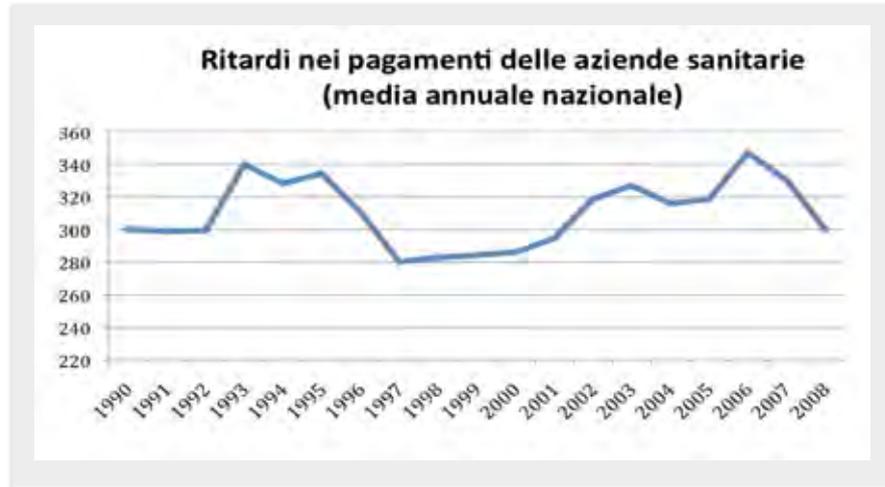
Emerge inoltre, tra il 2001 e il 2007, **una forte contrazione in termini percentuali della spesa pubblica per farmaci** a fronte di una crescita della componente privata (pagata direttamente dai cittadini).



Tale crescita è più forte nelle **Regioni sottoposte ai piani di rientro** dove la **relazione tra spesa pubblica e privata si è trasformata in una relazione di sostituibilità**, mentre al contrario, per le Regioni senza piano di rientro sembra registrarsi più una “razionalizzazione”, che un “razionamento” della spesa.

Il rapporto evidenzia l'esistenza di **ampie sacche di inefficienza** che sarebbe possibile colmare per rendere meno costoso (e/o più efficiente) il Servizio Sanitario pubblico. È urgente, quindi, un **ripensamento della strategia** finora adottata e un superamento dell'approccio “contabile” di breve (o brevissimo) periodo.

L'attuale gestione finanziaria, ad esempio, produce notevoli diseconomie **all'interno del Sistema**: solo gli oneri finanziari per i ritardati pagamenti delle ASL ai fornitori - in media intorno ai 300 giorni - generano conseguenze di varia natura e determinano nel complesso un'inefficiente allocazione delle risorse con una perdita di benessere per l'intera collettività.



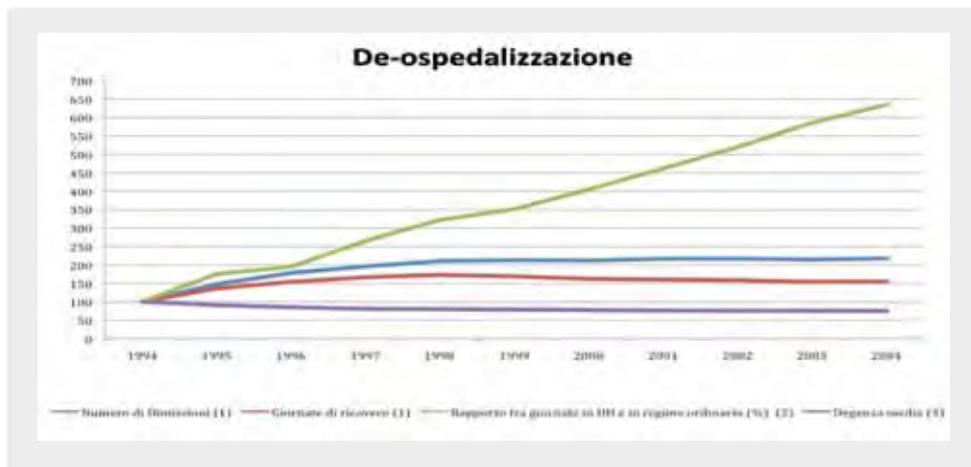
Infatti, limitatamente al settore produttivo, le imprese sono costrette a ricorrere massivamente al credito bancario; gli oneri per interessi costituiscono un ulteriore aggravio della situazione finanziaria e un trasferimento inefficiente di fondi dal settore produttivo a quello creditizio; si aggiungono alti costi per l'attività di recupero o la cessione dei crediti; si incrementa l'incertezza circa i tempi effettivi di ritorno degli investimenti con **ricadute negative sui livelli di capitale**

e produzione; la dipendenza dal credito bancario e l'incertezza sui flussi di cassa rischiano di compromettere l'attrattività del nostro Paese per investimenti in R&S e in siti produttivi delle imprese operanti nel settore delle tecnologie sanitarie.

Vanno poi considerati gli **effetti indiretti sul SSN:** da un lato, sotto il profilo delle **spese legali per contenziosi** con fornitori e Amministrazioni - **nella Regione Campania,** ad esempio, **nel solo 2007 i costi legali legati ai decreti ingiuntivi di pagamento da parte dei fornitori sono stati pari a circa 190 milioni di euro (pari al 17% della spesa farmaceutica netta, e al 2,1% del FSR)** - dall'altro, i ritardi nei pagamenti si traducono in **prezzi più elevati per i beni e servizi forniti alle ASL,** aumentando il fabbisogno e complicando il percorso per il conseguimento dell'equilibrio di bilancio.

Anche **i ritardi nei trasferimenti dei fondi dallo Stato alle Regioni** si trasformano in mancanza di liquidità e, quindi, in **maggiori costi per interessi sulle anticipazioni di cassa.** Questo effetto è, ancora una volta, maggiore per le Regioni del Sud che hanno minori risorse proprie e devono quindi fare affidamento sui trasferimenti di fondi dallo Stato.

Il confronto con i Paesi esteri, infine, evidenzia un più elevato peso della spesa ospedaliera, dato confermato dalla **mancata flessione della degenza media,** osservata invece in tutti i principali Paesi europei: sebbene anche in Italia nel decennio 1997-2006 le giornate medie di degenza risultino ridotte di oltre il 25% (da 8,9 a 6,7), a fronte di un sostenuto aumento del rapporto tra giornate di ricovero in regime di day hospital e giornate di ricovero ordinario, la degenza media è rimasta pressoché costante.



Anche lo **scarso utilizzo dell'assistenza territoriale** è confermato da un minor ricorso all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) che costituisce, invece, uno degli strumenti più efficaci di integrazione socio-sanitaria degli interventi: la mancanza di un adeguato servizio di ADI determina una crescita dei costi legata a ricoveri impropri e al ricorso a strutture residenziali, con un'ulteriore perdita di benessere dovuta all'impatto sui bilanci delle famiglie.

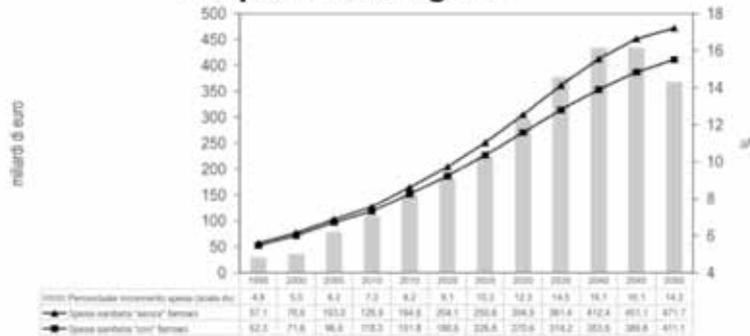
È in questo contesto che lo Studio evidenzia come, anche secondo la letteratura internazionale, **i farmaci** rappresentino una delle modalità di intervento nel trattamento dei pazienti più costo-efficace, **aiutando a contenere la spesa sanitaria e consentendo, quindi, la sostenibilità del Sistema**. Un loro adeguato utilizzo, infatti, può comportare minori costi per il SSN e per l'economia nel suo complesso.

Un'analisi condotta dal **CER³**, ripresa nello studio, evidenzia inoltre che **l'utilizzo delle terapie farmacologiche può consentire di ridurre costi totali per il Sistema Paese** per oltre 11 miliardi di euro all'anno. Di questi il 55,6% sarebbe rappresentato dai minori costi sanitari, la gran parte dei quali risparmiati grazie alle terapie cardiovascolari.

Maggiori costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci (mln di euro)					
	CVD	BPCO	Alzheimer	Depressione	Totale
Totale costi sanitari	3.928	649	—	1.856	6.433
Totale costi non sanitari	4.033	180	707	—	4.920
COSTI TOTALI	7.961	829	707	1.856	11.353

³ CER - Centro Europa Ricerche, www.centroeuroparicerche.it

Profilo della spesa sanitaria pubblica "con" e "senza" terapie farmacologiche



Una semplice simulazione ha permesso di valutare il ruolo dei farmaci sul contenimento della spesa sanitaria futura sotto l'ipotesi che la capacità terapeutica rimanga immutata al 2005.

Molti farmaci, infatti, possono insieme offrire nuove opportunità terapeutiche ai pazienti e produrre benefici per la spesa sanitaria. Ad esempio, quando sono in grado di **ridurre il numero e la durata dei ricoveri** (permettendo di erogare prestazioni in regime di *day-hospital*), **prevenire l'insorgenza di patologie** (come accade per molti vaccini), rallentare la loro degenerazione (es. Alzheimer), **evitare interventi chirurgici** (es. ulcera).

In un **contesto** come quello **ospedaliero**, i processi di cura sono determinati sul contemporaneo **utilizzo delle diverse risorse** (lavoro, capitale umano, farmaci, ecc.).

L'introduzione di tetti e vincoli per la sola risorsa farmaco, oltre a compromettere la capacità di "produrre salute" all'interno della struttura ospedaliera, **crea scompensi** all'interno dei processi stessi riducendone l'efficienza.



Questa considerazione evidenzia quanto sia sempre più urgente e necessario passare da un orientamento principalmente economicista, volto alla minimizzazione dei costi, ad un approccio basato invece sulla **massimizzazione del rapporto benefici-costi**, che consenta di considerare la spesa sanitaria, e quella **farmaceutica** in particolare, come **un investimento per il nostro Paese**.

L'approccio "contabile" di breve o brevissimo periodo preclude infatti la possibilità di perseguire politiche più ad ampio respiro, non solo per l'**ottimizzazione delle risorse** all'interno dell'SSN, ma anche in considerazione dell'impatto che il "Sistema salute" è in grado di produrre a monte e a valle del Sistema Paese, e in particolare sull'universalità del nostro sistema sanitario e sulla sua **equità**.

In tale logica appare quindi antieconomico limitarsi all'introduzione di vincoli ad alcuni fattori produttivi. La politica dei tetti rischia, infatti, di incidere non solo sui costi generali del Sistema Sanitario, ma anche sulla salute dei pazienti e, non da ultimo, su quanto l'industria farmaceutica può generare di positivo nel Sistema Paese.

Le Analisi degli Esperti e le Proposte dei Think Tank



Dott. Pierfrancesco Dauri

Direttore UOC Anestesia e rianimazione

Ospedale CTO "Andrea Alesini" di Roma e Presidente Associazione Faresanità

Sono convinto che la Sanità oggi debba essere riformata proprio come Sistema.

Se è vero, infatti, che sul piano della cura del malato siamo riusciti ad assicurare una risposta efficace ed efficiente, diventando senza dubbio un Paese all'avanguardia

che non teme confronti con nessuno, oggi le cose non stanno più così.

È la stessa mission del Servizio Sanitario Nazionale che è cambiata e che ci impone non più esclusivamente la cura del malato ma la ricerca e la garanzia del benessere e, quindi, una struttura organizzativa che consenta alla persona di non ammalarsi, garantendo una prevenzione non generica ma a 360°.

Oltre alla cura, quindi, oggi è quanto mai necessario garantire la post-cura: il problema fondamentale con il quale dobbiamo fare i conti quotidianamente è garantire ai malati, una volta usciti dall'ospedale, l'assistenza necessaria sul territorio e al proprio domicilio. Il *gap* che registriamo oggi deriva senza dubbio da una scarsa integrazione tra l'aspetto sociale e quello sanitario (si pensi per esempio agli anziani): è mancato finora - e manca tuttora - un confronto interistituzionale in grado di sanare questo aspetto.

Un altro elemento che merita, a mio avviso, particolare attenzione è la devoluzione, il regionalismo "spinto" e lo stesso federalismo fiscale: **il rischio, nel prossimo futuro, è che alcune Regioni non saranno in grado di gestire la Sanità attraverso l'utilizzo di propri fondi e risorse.** A questo

proposito, è stato realizzato uno studio che indicherebbe come, fra tutte le Regioni italiane, soltanto la Regione Lombardia potrebbe garantire il c.d. Fondo di perequazione (il Fondo eventualmente da utilizzare nei casi in cui le Regioni non riuscissero a sanare i propri conti).

Una nuova mission per il SSN

Prevenzione, assistenza territoriale e domiciliare: le nuove priorità

I rischi del Federalismo

“Trasparenza e tracciabilità della spesa sono un presupposto minimo irrinunciabile per muovere il sistema verso la programmazione e quindi l’efficienza: in alcune realtà regionali sarebbe già un ottimo risultato poter fare affidamento su una solida natura contabile, quantomeno per avviare un dialogo e un confronto.”

Pierluigi Russo

Un altro discorso importante riguarda il governo clinico e la necessità di una profonda riforma dell’attuale gestione amministrativa della Sanità, che diventa quanto mai ineludibile nel momento in cui ci rendiamo conto che la politica, entrando pesantemente nella gestione sanitaria, crea inevitabilmente un aumento della spesa che si riversa poi sui cittadini. **A mio avviso, non è soltanto una questione di mala gestione se la stessa protesi d’anca, per esempio, costa nel privato laziale 1.200 € e in Puglia ben 15.000 €.**

**Governo clinico
e riforma della
gestione amministrativa della
Sanità**

“Un’ipotesi di migliore e più economica gestione dei costi ospedalieri: anche in relazione a quanto fatto nel Lazio, ritengo di utilità maggiore e più rapida rispetto alla riduzione delle ASL, l’istituzione di una sola azienda ospedaliera, per esempio nel Comune di Roma. Quest’unica azienda ospedaliera - che dovrebbe comprendere anche gli ospedali che sono inseriti nelle ASL - potrebbe realizzare in tempi brevi: un migliore utilizzo del personale amministrativo e sanitario gestito nelle varie strutture (da allocare dove veramente utile); una razionalizzazione delle unità operative sul territorio, eliminando inutili duplicati; la concreta possibilità di realizzare un’unica centrale di acquisti, basati sulle richieste da coordinare di tutti i dirigenti delle varie specialità e, quindi, assicurare una armonizzazione dei servizi sulla base dei dati forniti dall’Agenzia di Sanità Pubblica e sulle esigenze del territorio.”

Dino Cosi

Questa considerazione introduce il tema dei modelli sanitari. A mio avviso, infatti, **i modelli da adottare sono quelli che permettono una “depoliticizzazione” della Sanità.** Sono personalmente e da sempre favorevole al **modello lombardo dove si registra una vera compartecipazione dei privati alla gestione sanitaria che - inevitabilmente - ha spinto la politica e il Governo, sia a livello centrale che regionale, a fare un passo indietro.** I privati si assumono la responsabilità di governare, anche da un punto di vista organizzativo e assistenziale, e questo - in qualche modo - toglie la possibilità alla Politica di entrare nel merito delle scelte organizzative. **Non è un caso che la Regione Lombardia sia l'unica a vantare un saldo attivo e continui ad attirare pazienti anche dalle altre Regioni: rappresenta, senza dubbio, un modello virtuoso.** Certamente non è un modello che si possa esportare su tutto il territorio nazionale dal momento che le Regioni hanno le stesse capacità e possibilità di affrontare una simile sfida, ma in alcune - come, ad esempio, il Lazio - si potrebbe cominciare a lavorare in questa direzione sulla base di una similitudine organizzativa già esistente.

I modelli sanitari regionali: l'eccellenza lombarda

“Il modello lombardo è un modello pro-concorrenziale, con una compartecipazione attiva del privato alla gestione della domanda di salute che è assolutamente un punto essenziale. Indubbiamente, esiste il rischio che ci possa essere una duplicazione dell'offerta - troppi centri assistenziali in determinati ambiti piuttosto che in altri - ma senza dubbio questo modello ha consentito una dinamica di spesa che, tra il 2003 e il 2008, ha reso la Regione Lombardia quella con il maggiore saldo attivo.”

Pierluigi Russo

Un altro discorso importante riguarda ciò che lo Stato e il Governo intendono fare per ridurre **il deficit sanitario: la politica dei tagli non è la soluzione ai problemi esistenti. È una politica sostanzialmente “minimalista”** (si pensi al taglio dei posti letto o al blocco del turnover) **che non va nella direzione dello sviluppo risultando, quindi, inevitabilmente fallimentare.** Oggi è necessario, al contrario, un percorso in grado di modificare radicalmente l'impianto generale del Sistema Sanitario perché fare prevenzione nella gestione post-acuta significa risparmiare soldi, mentre limitarsi a curare un paziente esclusivamente in ospedale non avendo fatto nulla per evitare che si ammalasse, comporta una spesa sicuramente maggiore e, comunque, svantaggiosa per le Regioni.

La politica dei tagli non è una soluzione

Sanità: Modelli regionali a confronto

Pierluigi Russo, *Ufficio OsMed e Attività di HTA dell'AIFA*

Il disavanzo sulla spesa sanitaria accumulato nel 2009 fa sorgere il quesito se il vero problema della Sanità in Italia sia davvero la definizione di modelli organizzativi: non voglio sminuire quello che è, a mio avviso, un sano confronto, ma indubbiamente questo scenario - con appena 6 Regioni e una Provincia con bilancio positivo - fa sorgere il sospetto che ci sia qualcos'altro da risolvere prima di discutere di modelli organizzativi.

In un documento di monitoraggio della spesa farmaceutica di uno dei primi Consigli di Amministrazione dell'AIFA, nel 2004, i maggiori sfondamenti registrati rispetto al tetto appartenevano a quelle Regioni che ancora oggi sono soggette a Piano di rientro o sono, comunque, caratterizzate da forti deficit: negli ultimi anni, il contenimento della spesa farmaceutica all'interno della spesa programmata è migliorato, ma anche sulla base dell'ultimo documento sul monitoraggio del CdA AIFA sono ancora le stesse Regioni che sforavano nel 2004.

Il fatto che le Regioni in difficoltà siano sempre le stesse evidenzia un punto fondamentale: l'assoluta mancanza - o la presenza molto limitata - di programmazione sanitaria. Al contrario, le Regioni efficienti fanno programmazione sanitaria e la fanno certamente di più delle Regioni soggette a Piano di rientro: per questo hanno messo in atto, da diverso tempo, decisioni che le portano oggi ad avere dei modelli virtuosi sul piano dell'assistenza.

Il riferimento è al modello toscano, lombardo, emiliano.

Programmazione sanitaria non significa solo analisi previsionale del fabbisogno di spesa per l'anno successivo, ma soprattutto una serie di analisi finalizzate a capire qual è il rapporto tra domanda e offerta di assistenza sanitaria nel territorio specifico per assumere decisioni veramente efficienti. **Non esistono, a mio avviso, modelli da imitare: esiste, invece, una forte esigenza di programmazione nel nostro Paese, una combinazione di domanda e offerta attuata attraverso analisi che richiedono un livello tecnico molto elevato. Non a caso, in Regioni come Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna esiste già da anni (ancora prima del federalismo) una tecnostuttura che si occupa proprio di questi aspetti.**

Per quanto riguarda, quindi, la possibilità di trasferire i modelli organizzativi da Regioni virtuose a Regioni meno virtuose, ciò teoricamente può avere un senso, ma nella realtà bisogna fare molta attenzione perché le Regioni sono estremamente diverse tra loro e se non c'è programmazione si rischia di navigare a vista.

“L’ultima manovra governativa - a mio avviso assolutamente necessaria - interviene sulla dinamica della spesa farmaceutica che è stata tra le più contenute tra tutte le voci della spesa sanitaria: è evidente che si tratta di una misura di emergenza che va ben al di là della politica farmaceutica. Dovremmo domandarci come siamo arrivati a questo punto e che cosa non ha funzionato nel controllo e nella capacità di governo della spesa pubblica.

A questo proposito, ho trovato molto interessante l’indicazione emersa dallo studio del CEIS Tor Vergata sulla possibilità di ridurre i costi del SSN attraverso l’uso dei farmaci innovativi: risultato, a mio avviso, raggiungibile solo se contemporaneamente si utilizzano tutti gli altri input produttivi del Sistema Sanitario. Mi spiego: se alcune nuove terapie farmacologiche consentono di ridurre i costi di ospedalizzazione, per conseguire una reale diminuzione degli stessi è necessaria, per esempio, un’effettiva razionalizzazione dei posti letto. Bisogna chiudere reparti, ricollocare il personale e saper organizzare - in maniera flessibile e manageriale - l’insieme del Servizio Sanitario: portare avanti una serie di operazioni, insomma, in grado di riportare sotto controllo quelle voci di spesa che dallo studio emergono come le più critiche.

Non c’è dubbio che la farmaceutica, tra le voci di spesa sanitaria, sia quella con le dinamiche più contenute e rappresenti un “crocevia” tra tre aspetti a mio avviso cruciali: 1) è un settore chiave per le prospettive di salute della popolazione, svolgendo l’innovazione un ruolo davvero decisivo; 2) è un settore importante che impatta sulla spesa sanitaria dovendo, di conseguenza, fare i conti con le manovre di contenimento della spesa sanitaria; 3) è un settore fondamentale dal punto di vista della politica industriale del Paese, ad alta incidenza di investimenti in R&S sul fatturato, con importanti ricadute di sviluppo tecnologico complessivo.

La regolazione del settore, quindi, deve assolutamente misurarsi con questi tre obiettivi: di salute, di controllo della spesa e di politica industriale.”

Claudio De Vincenti

Consentitemi, infine, un accenno veloce alla **medicina “difensiva”** (quella che i medici, al pronto soccorso o ovunque nei luoghi di cura, mettono in atto per cercare di evitare conflitti di tipo giudiziario): **negli ultimi due anni le cause e le accuse, sul piano giudiziario, rivolte ai medici sono aumentate del 300%, con un notevole aggravio sulla spesa** come ha dimostrato uno studio, a mio avviso molto importante, realizzato dall’Ordine dei Medici. Tale fenomeno impone fin da subito l’individuazione di percorsi e di linee guida, sia a livello regionale che nazionale, veramente difensivi nei confronti dell’operato del professionista, ma che allo stesso tempo impediscano che si vada al pronto soccorso per un mal di testa e si effettuino, quindi, esami diagnostici complessi (e costosi) come TAC o risonanze magnetiche.

“C’è l’esigenza di corretti rapporti con la medicina del territorio per evitare spese in eccesso che potrebbero, invece, essere controllate direttamente da altre figure del Servizio Sanitario. Particolare attenzione deve essere riservata al DEA - Dipartimento di Emergenza e Accettazione: per ridurre i tempi di attesa dovrebbe essere assicurato un percorso rapido per gli esami diagnostici. Ove possibile (e in qualche caso è stato già fatto), attraverso un ambulatorio dedicato alle visite rapide per i codici bianchi e verdi - quelli che più soffrono le attese e che in effetti, in taluni casi, potrebbero essere liquidati in tempi accettabili - ed assicurando tutto il necessario, sia sotto il profilo medico che chirurgico, per i codici gialli e rossi. Non va sottovalutata, poi, la formazione professionale del personale assegnato: per anni abbiamo vissuto l’assegnazione al pronto soccorso o al DEA di personale da poco laureato e, ora che è stata istituita una specializzazione nel campo della medicina d’urgenza, è auspicabile che il personale assegnato, oltre ad una minima anzianità, abbia anche la formazione necessaria per risolvere i problemi delle persone ed evitare il più possibile il ricorso alla medicina difensiva.”

Dino Cosi

Gli strumenti per migliorare la Sanità e ridurre i costi esistono. Dalla “Riforma Bindi” sono passati molti anni ed è ormai quanto mai necessario mettersi intorno ad un tavolo e affrontare la politica sanitaria in maniera più organica e coerente abbandonando la logica esclusiva dei tagli.

La politica farmaceutica

Claudio De Vincenti, Professore di Economia politica presso la Facoltà di Economia di Roma La Sapienza e Consigliere di Amministrazione dell'AIFA

Con la Legge Finanziaria per il 2008 è stata varata un'importante riforma che ha portato ad alcuni **risultati positivi**: per la prima volta, nel 2008-2009, è stato rispettato il **tetto sulla spesa farmaceutica territoriale** e non sono stati necessari tagli di prezzo né, tantomeno, il ricorso al c.d. **pay-back**; inoltre, l'introduzione del **budget aziendale** (necessario all'eventuale adozione del *pay-back*) non ha impattato sulla competitività del mercato che complessivamente sembra godere oggi di una **maggiore stabilità**, elemento fondamentale per garantire alle aziende che investono nel nostro Paese un adeguato orizzonte temporale. Permangono tuttavia alcune **“zone d'ombra”**: la **spesa ospedaliera** ha continuato a crescere e con ritmi sostenuti (tra il 2006 e il 2008 è cresciuta del 15% circa, tra il 2008 e il 2009 del 10% e quest'anno è già intorno all'8-9%). **È evidente che i farmaci innovativi approvati dall'AIFA si concentrano sul canale ospedaliero - facendone crescere i volumi di acquisto - ma non è questa l'unica ragione di tale crescita:**

1. C'è una **chiara difficoltà di controllo della spesa da parte delle singole Regioni**;
2. Esiste una **scarsa propensione - anche da parte dell'AIFA - a premiare l'innovatività, sia in termini di valutazione che di remunerazione** ed il sottoutilizzo strutturale del Fondo sull'innovatività ne è, a mio avviso, una prova;
3. Esiste, poi, **la questione dei farmaci generici** ancora poco diffusi nel nostro Paese rispetto al resto d'Europa anche a causa del loro prezzo, mediamente più alto che altrove;
4. C'è **un problema di efficienza della filiera distributiva riguardante i margini dei grossisti e dei farmacisti** - mediamente più elevati rispetto agli altri Paesi e poco regressivi - che il Governo ha perso l'occasione di modificare assicurando modernità, quanto mai necessaria, al Sistema;
5. Abbiamo, infine, **barriere all'entrata nel settore delle farmacie** (attraverso la definizione del numero massimo di farmacie sul territorio e l'esclusività della loro titolarità) del tutto anacronistiche e che impediscono il raggiungimento dei risultati e degli standard europei, dove ci sono costi, prezzi e margini decisamente più bassi che in Italia.

L'AIFA ha già degli strumenti importanti per contribuire a governare la crescita della spesa farmaceutica ospedaliera. Tra questi ci sono innanzitutto i Registri attraverso i quali “fare HTA” e, un domani, ricontrattare eventualmente il prezzo sulla base dell'evidenza scientifica prodotta dall'uso del farmaco.

Esistono anche altri meccanismi con cui si potrebbe raggiungere un maggior controllo della spesa farmaceutica ospedaliera, come le pratiche di **conditional approval**, su cui AIFA sta ragionando insieme alle aziende. Infine, per quanto riguarda il prezzo di lancio dei farmaci innovativi, ci sono diverse ipotesi in cantiere: personalmente, ritengo che il **value based approach**, pur presentando dei limiti, rappresenterebbe un bel passo avanti in termini di coerenza tra risultati di salute prodotti dal farmaco e prezzo corrispondente.



Dott. Lorenzo Sommella

Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma

Fin dalle sue origini il Servizio Sanitario Nazionale - che difendiamo fino in fondo nei suoi principi istitutivi e realizzativi - ha considerato la prevenzione come una Cenerentola. **È arrivato il momento di un cambio di passo e di un approccio completamente diverso, basato principalmente sullo sviluppo degli screening e sulla diffusione di stili di vita**

La prevenzione:
da Cenerentola
a priorità

sani. È evidente, infatti, che non possiamo affidare la prevenzione, primaria e secondaria, solamente ai farmaci e questo nonostante, negli ultimi anni, siano stati sviluppati medicinali altamente costo-efficaci (si pensi, per esempio, alle patologie cardiovascolari) così come lo sono gli stessi vaccini. Concordo pienamente con l'analisi dello studio del CEIS Tor Vergata in merito al fatto che la maggiore anomalia della nostra spesa sanitaria - paradossalmente bassa in termini percentuali rispetto al PIL - sta nella sua composizione. Evidenzierei in particolare **la crescita della spesa sanitaria privata - intorno all'1,8% - sicuramente destinata a salire laddove le Regioni sono costrette ad adottare specifici Piani di rientro per il contenimento della spesa pubblica.** Nel nostro Paese - dove la composizione demografica è completamente diversa rispetto a soli trent'anni fa e ci sono pensionati che assumono anche dieci farmaci al giorno - l'aumento della spesa privata può effettivamente portare a un reale impoverimento delle famiglie: questo, a mio avviso, il grido di allarme che dobbiamo lanciare.

Le anomalie della
spesa sanitaria e
l'inadeguatezza
del SSN

La problematica della modifica della composizione della popolazione italiana mi rimanda ad ulteriori considerazioni. I bisogni sono cambiati radicalmente, sono aumentati e si sono diversificati - così come in tutti i Paesi sviluppati - mentre il Servizio Sanitario Nazionale ha dimostrato la sua più grave incapacità: quella, cioè, di non sapersi adeguare, con tempi ragionevoli, al mutato contesto, non tenendo in debito conto la nuova composizione (e i nuovi bisogni) della popolazione.

Vorrei richiamare l'attenzione su due aspetti, tanto più importanti in questo momento di congiuntura economia non favorevole e, quindi, di scarsità delle risorse disponibili: **innanzitutto, la necessità di perseguire la strada intrapresa dell'abbattimento degli sprechi, dove esistono, al fine di recuperare efficienza, dove non c'è; in secondo luogo, lavorare per garantire una maggiore appropriatezza nell'erogazione e nella somministrazione dei farmaci.** È in quest'ottica che mi dichiaro non contrario alla **logica dei tetti**: certamente da sola non può condurre da nessuna parte, ma nell'attuale contesto può rappresentare un fattore in grado di favorire l'appropriatezza, sia a livello di prescrizione da parte dei medici di medicina generale che di utilizzo del farmaco in senso lato.

Ridurre gli sprechi, garantire l'appropriatezza

“Ci sono indicatori di appropriatezza, come la percentuale di ricoveri in Day hospital medico con finalità diagnostiche, che rilevano una variabilità dal 17% del Piemonte al 71% della Campania: è evidente che si tratta di risorse utilizzate in modo assolutamente inappropriato (per fare diagnosi corrette non è necessario il ricovero in Day H ma sono sufficienti delle prestazioni ambulatoriali).

Chi spende di più non necessariamente offre un livello di qualità più alto: si tratta di un dato inconfutabile che abbiamo registrato per tre anni consecutivi (2007, 2008 e 2009) nella Regione Toscana, sulla base di 130 indicatori, e che ci permette di individuare gli spazi di manovra continuando a lavorare per conseguire ulteriori miglioramenti.

La gestione della variabilità è la vera sfida del nostro Sistema Sanitario.

Dobbiamo chiedere a tutti, manager e professionisti, di domandarsi perché esiste questa variabilità e fino a che punto sono appropriate le risposte che vengono fornite ai bisogni del malato. L'analisi della variabilità, l'identificazione delle possibili aree di inappropriatazza e di recupero di risorse - attraverso il confronto e la condivisione di Protocolli clinici - sono fondamentali per puntare poi alla prevenzione e al territorio come le strategie che ci possono garantire un futuro.

La sfida fondamentale è trovare una condivisione con i migliori professionisti affinché guidino il Sistema verso un miglioramento sistematico. A mio avviso, se lavoreremo con professionalità su questi punti, riusciremo ad aumentare la capacità di miglioramento, a ridurre la variabilità e quindi a perseguire una maggiore equità tra i cittadini di ogni Regione a livello nazionale e a costruire anche una relazione trasparente tra il soggetto politico e la struttura tecnica. Questa deve essere la base su cui fondare il mandato politico.”

Sabina Nuti

Non c'è dubbio che sia quanto mai necessario promuovere una maggiore de-ospedalizzazione e, allo stesso tempo, aumentare l'efficienza dell'ospedale, affinché possa funzionare meglio e diversamente rispetto ad oggi: per fare questo è quanto mai necessario riorganizzare - preliminarmente - il territorio e sono convinto che la Politica debba richiamarsi alle responsabilità di tutti, dei *policy-makers*, degli amministratori, dei direttori di azienda. È sicuramente accettabile che i direttori generali siano nominati dalla Politica - che attribuisce loro delle responsabilità di governo - non è accettabile, al contrario - ed è questo il vero problema - che non siano chiamati a rendere conto di quello che hanno fatto e dei risultati che hanno ottenuto.

**De-ospedalizzazione
e riorganizzazione
del territorio**

“Gli ospedali non possono essere considerati aziende nel senso comunemente attribuito alla parola, trattandosi di enti pubblici - aziendali o regionali - che hanno la finalità primaria di erogare prestazioni sanitarie. È, quindi, ovvio che la gestione dell'ospedale deve essere intesa nel senso della più corretta economia - con l'eliminazione degli sprechi e degli utilizzi impropri dei fondi - senza che però venga meno la mission loro assegnata. In effetti la gestione dell'ospedale - per raggiungere risultati di economicità e, soprattutto, di funzionalità - deve tener conto di alcuni aspetti: istituzionali, strutturali, tecnologici, professionali, ambientali, territoriali e finanziari.

Mi permetto un breve accenno alle esigenze che le nomine a posti dirigenziali vengano effettuate solo tenendo conto delle effettiva capacità degli aspiranti; vanno contestualmente valutate le esigenze di corretta assistenza delle diverse specialità con quelle di contenimento della spesa.

Per quanto riguarda la farmacia, le procedure per accertare le effettive esigenze - quantitative e qualitative - derivano sicuramente da altri settori, ma è particolarmente importante una gestione informatica della distribuzione dei farmaci alle unità richiedenti per verificarne un corretto consumo e per garantire, allo stesso tempo, un'adeguata verifica delle scadenze dei medicinali stessi (troppo spesso, infatti, è stata rilevata un'ingente quantità di farmaci scaduti in ospedale)."

Dino Cosi

Da questo punto di vista, è quanto mai necessaria una riconversione del Sistema. Ci deve essere, però, una forte volontà da parte di tutti e una grande determinazione nel farlo, perché soltanto così si possono spostare risorse da dove vengono probabilmente sprecate a dove, invece, potrebbero essere meglio utilizzate, cercando di **massimizzare il rapporto beneficio-costi.**

**Riconvertire
il Sistema:
la priorità**

Condivido la posizione espressa sull'inopportunità di approcciare esclusivamente con una logica "contabile" la gestione del SSN e probabilmente, anche operando nelle direzioni indicate dallo studio del CEIS Tor Vergata, possiamo ottenere dei risultati e sperare in un futuro migliore per la nostra Sanità.

"È necessario dotarsi di obiettivi misurabili e procedere ad una verifica sistematica - e quanto mai tempestiva - degli stessi. Dobbiamo utilizzare un benchmarking per superare le logiche di autoreferenzialità e per iniettare nel Sistema pubblico la logica del confronto, quale elemento di crescita e miglioramento. Allo stesso tempo, è necessario sostenere l'integrazione con i meccanismi di gestione e, quindi, di incentivazione del management. Dobbiamo, infine, garantire la pubblicazione dei dati a favore dei cittadini, dal momento che il bene più rilevante in Sanità è la reputazione dei professionisti e su questo - insieme a loro - è necessario lavorare."

Sabina Nuti

Sistemi di valutazione ed efficienza del Sistema Sanitario Nazionale

Sabina Nuti, *Direttore del Laboratorio Management e Sanità (MeS), Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*

Che cosa è importante misurare quando ragioniamo di Sanità?

Al primo posto ci deve essere, senza dubbio, la **qualità dei servizi erogati** (perché i problemi non possono essere risolti partendo esclusivamente dai costi). In un Sistema pubblico universale come il nostro, poi, non può non considerarsi anche l'**equità, intesa in termini di accesso e di risposta al bisogno**: tutti i cittadini devono avere la possibilità di accedere alle cure e di godere di un livello di servizio adeguato ed omogeneo sull'intero territorio nazionale. La variabilità - che nelle nostre strutture è evidente nel processo di erogazione dei servizi - dovrebbe, quindi, essere solamente la risposta differenziata a bisogni differenti e mai inappropriata e spreco. Bisogna tener conto, infine, dell'**appropriatezza delle prestazioni**, né più né meno di quanto è necessario per erogare un buon servizio, e dell'**efficienza nell'uso delle risorse**.

Come misurare i risultati?

La proposta che da anni avanziamo, nei diversi contesti in cui abbiamo operato, è quella di lavorare sempre con la **logica del benchmarking e, quindi, del confronto** che serve per mettersi in discussione, superare l'autoreferenzialità ed avere maggiore sensibilità sui fenomeni. **Se poi il confronto si abbina al trend e alla valutazione sistematica nel tempo, si può identificare, in modo chiaro, quali sono le aree di criticità su cui è importante puntare.**

Mentre a livello nazionale l'obiettivo del **Sistema di valutazione** è aumentare trasparenza e accountability per garantire i LEA su tutto il territorio, a livello regionale l'obiettivo diventa quello di avere un vero e proprio **Sistema di governance, in grado di aiutare ad orientare i comportamenti e a verificare i risultati sulla base della programmazione regionale.**

Graduire questi risultati è, poi, un passaggio fondamentale: "misurare" infatti significa "contare", mentre "valutare" vuol dire "dare un giudizio" su dove si vuole arrivare e assumersi delle responsabilità sugli standard da perseguire. *Standard* che a livello nazionale non sono ancora stati definiti - si tratta di un processo lungo che necessita di una forte condivisione tra Regioni e Ministero, attraverso il nuovo Patto per la Salute - mentre a livello regionale la programmazione sanitaria permette di farlo molto più facilmente: da qui un aspetto importante come la **variabilità che registriamo non solo tra Regioni e Regioni, nell'ambito dell'intero territorio nazionale, ma anche all'interno delle singole Regioni, anche le più virtuose. Si tratta di una scoperta importante che presuppone l'esistenza di spazi di miglioramento in tutte le Regioni italiane.**

Il confronto con la Politica: commenti e conclusioni



Sen. Ignazio Marino

Presidente della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul SSN

Comincerei da una riflessione su quanto emerso dallo studio del CEIS Tor Vergata in merito alla distribuzione della spesa sanitaria tra pubblico e privato e a come, variando la spesa pubblica, aumenti quella privata.

A questo proposito, vorrei citare uno studio realizzato dall'Università di Lugano e dall'Imperial College di Londra che ha comparato, nell'arco di un biennio, il Servizio Sanitario italiano e quello inglese e dal quale è emerso che in Italia il 61% delle persone si

è dovuto rivolgere - almeno una volta per un problema di salute importante - al privato, mentre nel Regno Unito, nello stesso periodo, il ricorso alla Sanità privata è stato del 10%. Una differenza davvero significativa che, dal mio punto di vista, deve rappresentare un elemento di profonda riflessione, soprattutto alla luce della manovra finanziaria appena approvata dal Governo che, per il modo in cui è stata impostata, non farà che aumentare ancora di più l'attuale divario tra chi ha la possibilità di accedere alla Sanità privata e chi, invece, questa possibilità non ce l'ha.

La politica dei tagli non può che avere ripercussioni importanti su moltissimi aspetti della nostra Sanità pubblica: è sotto gli occhi di tutti la necessità di operare dei tagli che, però, se condotti in maniera lineare senza una reale attenzione su dove effettivamente è utile continuare ad investire e dove non lo è, rappresentano solo un modo affrettato, sbagliato e miope di operare.

Faccio un esempio: nel nostro Paese c'è una carenza di 1.500 anestesisti e, mentre si insiste da anni sul fatto di garantire - quale segno di civiltà - alle 500 mila donne che partoriscono ogni anno nei nostri ospedali la possibilità dell'analgisia epidurale, blocchiamo il turnover degli anestesisti (fino al gennaio del 2012 per ogni cinque anestesisti che andranno in pensione ne verrà assunto solo uno): è evidente come una prestazione già carente diventerà, di fatto, una opzione soltanto per chi potrà permettersi un professionista privato.

Un altro elemento di riflessione è rappresentato dal fatto che non ci sono risorse per la manu-

La politica dei tagli:
il blocco del turnover e la disparità di trattamenti

tenzione e la modernizzazione tecnologica delle nostre strutture ospedaliere: ben 1.066, di cui il 28% costruite prima del 1900 e un altro 30% prima del 1940. Insomma, abbiamo 600 ospedali con più di 60 anni e il fatto di non investire neanche un euro in modernizzazione e *upgrade* tecnologico comporterà evidentemente un depauperamento, nel prossimo biennio o triennio, tecnologico e strutturale della Sanità pubblica, a fronte del quale risulterà “naturale” colmare il vuoto rivolgendosi al privato.

Modernizzazione tecnologica delle strutture: il gap da colmare

Volevo fare poi una riflessione sulla differenza che esiste tra il Nord e il Sud del Paese attraverso l'analisi di alcuni dati ricavati dall'utilizzo degli indicatori illustrati dalla Prof.ssa Nuti da parte della Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale: ne abbiamo utilizzati 34 per valutare come funziona la nostra Sanità dal punto di vista ospedaliero, territoriale, farmaceutico e, infine, della prevenzione: **sono emerse delle differenze davvero sostanziali, ad esempio, per quanto riguarda gli ospedali e l'investimento di risorse nel territorio.**

Investire sul territorio: le differenze tra Nord e Sud del Paese

Più nello specifico, in Campania, dove l'età media della popolazione è la più bassa di tutto il continente europeo, si registra l'indice di ospedalizzazione più alto, con 236 persone su 1.000 ricoverate ogni anno. È evidente la differenza, ad esempio, rispetto all'Emilia Romagna - dove il tasso di ospedalizzazione è di 169 su 1.000 - e alla Lombardia, che ha un tasso di ospedalizzazione di 189 su 1.000: la Campania ha investito meno sul territorio privilegiando il percorso ospedaliero anche per coloro che hanno un problema di tipo diagnostico o terapeutico.

Un altro aspetto che potrebbe davvero farci recuperare ingenti risorse se migliorato, è il cattivo o errato utilizzo delle strutture ospedaliere. Basti pensare, per esempio, al numero di persone che con una diagnosi di natura medica vengono ricoverate in una struttura ad alta specialità chirurgica, con un servizio molto più costoso rispetto a quello che servirebbe: in Campania la percentuale di persone con diagnosi (DRG) di natura medica ricoverate in reparti di chirurgia è il 45%, in Sicilia il 41%, in Lombardia il 22% e in Emilia-Romagna solo il 17%. Se analizziamo, infine, dove questi ricoveri inappropriati vengono fatti, ci rendiamo conto che in molte Regioni avvengono soprattutto nelle grandi aziende ospedaliere dove è lecito aspettarsi, al contrario, una maggiore attenzione e una maggiore specializzazione.

Voglio ricordare un altro indicatore di cui in Italia **vantiamo la “capitale planetaria”**: il **parto cesareo**. A **Reggio Calabria**, infatti, il 65% delle donne partorisce con un cesareo, cioè quasi 7 donne su 10. Non si tratta di urgenze, ma di interventi ampiamente programmati che avvengono comunemente di mattina e nei giorni feriali. L'OMS, mettendo insieme più di 100 Paesi, indica quale percentuale “fisiologica” di cesarei il 13,7%: l'Italia con il suo 37% è ben lontana dalle indicazioni internazionali, dimostrando appieno quanto male utilizzi le proprie risorse.

Gli sprechi: il caso dei parti cesarei

Nei precedenti interventi è stato affrontato un fondamentale argomento: la prevenzione. Non possiamo immaginare - soprattutto in un mondo dove l'aspettativa di vita media per una donna è passata da 45 anni nel 1910 a 84 nel 2010 - una Sanità che non abbia tra i capitoli di spesa principali la prevenzione. In Italia, in questo

L'importanza di investire in prevenzione

settore, siamo davvero molto indietro: addirittura per gli *screening*, andiamo da situazioni come la Sicilia - dove soltanto il 19% delle donne tra i 50 e i 69 anni (l'età più a rischio) vengono chiamate per i controlli e su 1.000 donne solo 59 eseguono la mammografia - all'Emilia-Romagna dove vengono chiamate il 94% e di queste 940 donne 677 eseguono i controlli. C'è spazio per migliorare anche in Emilia-Romagna (perché ci sono più di 300 donne su 1.000 che non vengono sottoposte ai controlli), però è evidente che le differenze sono sostanziali e diverse sono le basi di partenza. A mio avviso, quindi, è necessario intervenire con meccanismi e strumenti diversi: faccio un esempio riguardo al disegno di legge sulle attività di governo clinico, nell'ambito del quale ho presentato qualche mese fa in Senato una proposta che si articolava in tre punti sostanziali.

Il primo è **l'istituzione di un'Agenzia al di sopra delle parti per una valutazione e verifica a livello nazionale - dal punto di vista tecnologico e da quello della preparazione - dei nostri professionisti.** Ci aiuterebbe a risolvere tantissimi problemi: se

Agenzia per l'accreditamento, la valutazione e la verifica dei medici

avessimo un'Agenzia di questo tipo, episodi come quello di Castellana (dove otto persone sono morte perché sono stati erogati gas diversi dall'ossigeno) o situazioni come quella di Vibo Valentia (dove una ragazza di 16 anni è morta perché non c'era neanche un otorinolaringoiatra che avesse mai praticato una tracheostomia) non sarebbero accaduti perché avremmo verificato prima se tecnicamente quella struttura funzionava

e se i professionisti di guardia avevano, nel loro curriculum, quegli elementi base per proteggere la salute delle persone. Questi accreditamenti andrebbero ripetuti in maniera non annunciata e con scadenza periodica. Personalmente avrei attribuito la nomina apicale dell’Agenzia al Capo dello Stato che avrebbe rischiato, però, di risultare troppo complicato. Per garantire la terzietà dell’Agenzia si potrebbe prevedere, quindi, la nomina delle figure apicali a metà Legislatura e con criteri per cui non possa essere soltanto una parte politica ad eseguirla.

Il secondo punto è la **nomina dei direttori generali**: non possiamo continuare ad accettare che siano nominati semplicemente secondo la discrezionalità di chi ha vinto le elezioni. I direttori generali sono professionisti importantissimi del SSN, devono avere un albo, dei requisiti stringenti e devono essere preparati. Il testo della legge che regola l’assunzione dei direttori generali prevede che: “I direttori generali nominati devono produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di Sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria”. Paradossalmente i direttori generali, nel nostro Paese, sono chiamati a dimostrare - un anno e mezzo dopo l’assunzione - di aver studiato e di avere i requisiti per poter amministrare una grande azienda ospedaliera! Mi domando in quale altro settore, disciplina, area strategica della nostra società si assuma una persona chiedendogli di prepararsi per quel lavoro nei successivi 18 mesi, quando già guadagna 150 mila euro all’anno.

Nomina dei direttori generali ASL

La terza questione è quella della **nomina dei primari**, troppo spesso legata a questioni puramente politiche. **I primari dovrebbero essere scelti da altri primari, da tecnici provenienti da altre Regioni e il loro curriculum pubblicato su internet, così da permettere ai cittadini - che ne hanno interesse e desiderio - di verificare se viene scelta o meno la persona con una casistica operatoria e con i risultati migliori, costringendo eventualmente il direttore generale a spiegare per quali ragioni ha scelto il candidato peggiore.**

Nomina dei primari

Concludo, dichiarandomi perfettamente d’accordo con quanto evidenziato dal Professor Dauri sulla **necessità di mettersi intorno ad un tavolo. La necessità di confrontarsi è davvero disperata e drammatica: le risorse ci sono - spesso male utilizzate - gli specialisti anche - benché sottoutilizzati - ma purtroppo non siamo ancora in grado di garantire l’assistenza. È evidente come la politica possa giocare un ruolo importante, ma solo dimostrandosi molto coraggiosa, riconoscendo gli errori fatti e distribuendo e utilizzando meglio le risorse di cui disponiamo.**



Sen. Cesare Corsi

Presidente della Commissione Industria del Senato

Chi mi ha preceduto ha detto che bisognerebbe applicare la formula del “chi rompe, paga” e io sono assolutamente d'accordo sul fatto che vada recuperato fino in fondo il concetto fondamentale della **responsabilità**.

Responsabilità vuol dire che tutti coloro che operano all'interno del Sistema Paese e del Sistema Sanitario - per primi i

politici insieme agli amministratori, al personale sanitario, alle aziende che operano in questo contesto e, per ultimo, anche ai cittadini (gli “utilizzatori principali” del SSN) che, talvolta, nel rapporto con il Sistema Sanitario eccedono nella sua utilizzazione, come nel caso dei farmaci - si mettano intorno a un tavolo per discutere e capire fino in fondo che cosa bisogna fare. Occorre che all'interno di questo Sistema si discuta una volta per tutte.

Sono andato di recente a New York, ho partecipato a un'iniziativa di carattere sanitario e mi sono permesso di far notare - mi conoscete, sono un provocatore - che hanno discusso per un anno intero della riforma Obama, con quello che ha comportato, che non copre neanche l'assistenza per tutti i cittadini, mentre in questo nostro piccolo Paese - con 58 milioni di abitanti - sono 30 anni che abbiamo un Servizio Sanitario Nazionale e universale. Penso però che, dopo 30 anni, c'è bisogno di una revisione, anche perché in 30 anni è cambiato il sistema dei rapporti a livello istituzionale. Significa rinnovare il rapporto con le Regioni. Ricordiamoci, infatti, che il ricostituito Ministero della Salute ha posto il Patto per la Salute - un patto serio fatto con il contributo di tutti - per arrivare a risultati positivi.

Per quanto riguarda il federalismo, è vero che oggi fa più comodo dire che è una grande opportunità ma poi ci rendiamo conto che non è così. Quando ci fu il dibattito in Senato, Ignazio Marino lo ricorderà, io sono intervenuto con una sola preoccupazione: sono 10 anni che mi interesso di

Responsabilità e confronto per ammodernare il SSN

Il federalismo

Sanità, per 10 anni ho girato l'Italia - avendo fatto anche il Sottosegretario alla Salute dal 2001 al 2006 - e girando per l'Italia ho verificato che il Paese è composto da sistemi e realtà completamente diverse, ora se il federalismo non dovesse essere applicato fino in fondo, favoriremmo la coesione nazionale o creeremmo 20, 21 o 22 Sanità regionali? Ai tempi s'è scatenata l'ira di Dio, oggi invece a porsi questo problema è addirittura il Presidente della Lombardia, Formigoni.

Perché il federalismo corre il rischio di essere un ulteriore strumento di divisione a livello nazionale.

Io sono tra quelli che ritiene sempre, lo ripeto fino alla noia, che è scorretto immaginare, dal punto di vista etico e politico, che un cittadino possa ritenersi fortunato se nasce in una Regione o sfortunato se nasce in un'altra. Oggi è così! E non è vero che chi spende di più ottiene una Sanità migliore perché al centro-sud, dove esistono 5 Regioni sottoposte a Piani di rientro (che quindi hanno sforato) si spende di più rispetto al centro-nord, in termini di Sanità.

Allora c'è il problema di verificare come vengono spesi questi soldi! Ecco perché dico di **recuperare il concetto di responsabilità**. Su questo tema bisogna che tutti ci mettiamo in testa una cosa: **il Sistema Paese si può salvare solo se ciascuno farà fino in fondo il proprio dovere**.

Ogni tanto leggo sui giornali che i politici non devono interessarsi della gestione della Sanità. Benissimo. Ma è una cosa che riguarda da sempre tutti i governi di centro-destra e centro-sinistra:

ha sempre deciso il potere politico. **Bisogna trovare dei criteri di selezione della classe dirigente, tali per cui nessuno possa contestare certe scelte, perché anche quello è un fatto di responsabilità. La gestione delle ASL - e ci sono alcune ASL che sono mostruose, gigantesche - richiede persone che abbiano chiaro il concetto del bene comune e abbiano a cuore l'interesse del Paese.**

Passiamo al tema del **personale sanitario**. Penso che anche i medici debbano fare la loro parte fino in fondo. È vero, oggi colpisce molto di più un caso di malasanià che va sulla stampa, una procura che arresta qualcuno, e quindi tutti quanti parliamo di Sanità e colpisce molto di meno il fatto che medici e infermieri ogni giorno, ogni anno, curano milioni di persone. Però c'è l'esigenza che i medici, fino in fondo, facciano la loro parte.

La nomina
dei Direttori
generali

Il ruolo dei
medici

Se è vero che nel Patto per la Salute è passata l'idea "meno ospedali, meno ospedaletti e più territorio" (che significa un rapporto diverso del cittadino rispetto al territorio, con centri medico-sanitari specializzati e attrezzati per gestire specifiche esigenze) è anche vero che **il medico, in quanto tale, deve recuperare la propria parte di responsabilità. Il medico di base - ad esempio - ha una grande responsabilità, perché non deve soltanto curare il proprio assistito nel migliore dei modi, ma deve anche porsi nei confronti del Sistema Sanitario e delle strutture in modo da evitare che le strutture sanitarie stesse siano - come accade troppo spesso - la conseguenza di mancate scelte da parte del medico.** Se oggi andare in un pronto soccorso significa recarsi in una sorta di casbah, è perché spesso e volentieri manca sul territorio quel personale sanitario, quel medico, che riesca a dare risposte come avveniva invece anni fa. Un tempo, quando una persona stava male chiamava il proprio medico di base, oggi va al pronto soccorso anche per un mal di stomaco. Il fatto è che i costi sono quelli che sono, le difficoltà sono le solite, il lavoro è faticoso. Lavoro faticoso significa rapporto con il cittadino che, giustamente, vuole sempre di più perché paga le imposte. Allora si sceglie la strada più breve: il cittadino va al pronto soccorso, mattino, pomeriggio e sera, creando i problemi che crea. **Per questo dico ai medici di aiutarci tutti a ricreare le condizioni affinché loro stessi possano svolgere un ruolo fondamentale, centrale, nella gestione del Sistema Sanitario Nazionale.**

Per quanto riguarda il rapporto ospedale-ospedaletti, stiamo vedendo una trasformazione in alcune Regioni con i Piani di rientro, che è quella di **chiudere o riconvertire alcune strutture ospedaliere.** So che è molto più comodo avere personale sanitario e ospedale sotto casa, però so anche che molti sono tali solo di nome e non di fatto:

molte strutture ospedaliere ad esempio non possono rispondere fino in fondo alle esigenze di salute dei cittadini (ci sono ospedali con 40 e addirittura con 20 posti letto). La Calabria, per esempio, è una Regione che ha un milione e mezzo di abitanti e se andate a fare il conto degli ospedali vedrete quanti sono. **È corretto quindi - soprattutto quando ci sono i Piani di rientro - razionalizzare la rete ospedaliera, ma non dove mancano i presupposti.** Dove ci sono il personale e la struttura **possono comunque essere create - a livello territoriale - strutture di base estremamente importanti.**

Razionalizzazione
delle rete
ospedaliera

Il tema - e ho visto anche questo nello Studio del CEIS Tor Vergata - **dell'assistenza domiciliare integrata**, oggi è una chiave di lettura che dobbiamo assolutamente sostenere e sottolineare, perché significa anche la possibilità di riconvertire quelle strutture ospedaliere piccole o medie che non danno risposte importanti.

L'assistenza
domiciliare
integrata

L'assistenza domiciliare integrata potrebbe consentire di affrontare due problemi importanti: primo, la possibile trasformazione dei piccoli ospedali in strutture sanitarie territoriali; secondo, evitare il fenomeno così diffuso della lungodegenza o della inappropriatezza dei ricoveri. Che significa ricovero inappropriato? Se qualcuno di noi pensasse di andare a visitare un ospedale - specie nei reparti in provincia, ma anche nelle grandi città, anche a Roma - e andasse in un reparto di medicina, troverebbe persone che stanno lì da 20-25, 30-40 giorni, con costi sanitari incredibili. **Il costo di un'assistenza territoriale è un quarto o un terzo del costo ospedaliero, con personale doverosamente attrezzato per quel tipo di intervento, con la definizione anche di un percorso di livelli essenziali di assistenza che garantisce ai cittadini il tipo di assistenza adeguata.**

Anche **questo dell'inappropriatezza è uno dei problemi fondamentali.** Oggi parliamo, e ci riempiamo tutti la bocca (me compreso) con i termini "DRG" e "costo standard": **mi auguro che il Ministro per la Salute riesca a definire fino in fondo i criteri del costo standard, perché significherà dare un termine di riferimento a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e fare in modo che quello sia il riferimento per chi poi farà i bilanci e gestirà la Sanità a livello nazionale.**

DRG e costi
standard

Così come per quanto riguarda i DRG: se noi chiediamo, giustamente, e imponiamo il DRG alle strutture private, accreditate e convenzionate, perché non andiamo a controllare il DRG all'interno delle strutture pubbliche? A Roma ho fatto fare, lo scorso anno, un'indagine, confrontando due grandi strutture, una pubblica e una privata. Misi insieme il San Camillo (struttura di eccellenza e di grande livello, per come viene gestita assiduamente e per come va avanti), e il Policlinico Gemelli che, in questi giorni, è ridiventato il momento di confronto o di scontro. Abbiamo visto che al Gemelli i costi erano inferiori del 20-25%, perché il privato, accreditato e convenzionato, alla fine dell'anno ha un bilancio e ha qualcuno che chiede i conti mentre nel pubblico, se si sfora, c'è chi paga. Anche questo fa parte del concetto di responsabilità.

Non voglio far polemiche di tipo politico, perché penso che **il concetto della Sanità trascenda quello dell'appartenenza politica**. Ignazio Marino sa che quando abbiamo avuto come Ministro della Salute l'amica Livia Turco, io, seppure all'opposizione, ho sempre dato il mio contributo quando sono stato chiamato a svolgere una funzione utile per il cittadino rispetto a tematiche fondamentali sulla salute, perché questo è il modo serio di far politica.

Concludendo, nella veste di Presidente della Commissione Industria, sono preoccupato di quello che sta avvenendo a livello nazionale - non da oggi ma da anni - perché mi spaventa l'idea che già 5 mila persone sono andate a casa e che qualche azienda possa subire grandi processi di ristrutturazione, di ridimensionamento e anche di licenziamento. **C'è dunque l'esigenza di affrontare il tema delle aziende farmaceutiche nei rapporti con il Governo.**

Il ruolo delle
Aziende
farmaceutiche

Quando ero Sottosegretario inventai e facemmo - e furono ripresi anche dal successivo Governo di centro-sinistra - **gli accordi di programma**: un modo serio di mettere intorno al tavolo le Istituzioni, le aziende, l'AIFA e le Regioni. Con quegli accordi abbiamo avuto risultati e investimenti importanti in ricerca grazie al senso di responsabilità di tutti (quindi anche delle aziende farmaceutiche). **Un accordo di programma spero possa essere ancora ripreso, anche perché - in termini finanziari - a fronte di un costo contenuto ha consentito alle industrie di fare fino in fondo la loro parte con investimenti seri** nella ricerca, che è un tema fondamentale del nostro Servizio Sanitario Nazionale. **La vera preoccupazione è che la ricerca possa subire un ridimensionamento.**

Gli Accordi di
Programma

Un'ultima battuta: nel 2001, chi subentrò a gestire il Paese, s'è trovata una bella riforma del Titolo V della Costituzione - che, ricorderete, passò con 5 voti - che ha posto le Regioni al centro del Sistema Sanitario. C'è qualcuno, e io sono tra i pochi, che forse immagina una rivisitazione di quella riforma, soprattutto sul tema della Sanità, che vede alcune Regioni sconfitte sul piano dei costi. Ma pensate che sia possibile per una Regione e un Presidente di Giunta Regionale togliere l'80% del proprio bilancio (cioè il peso della Sanità in alcune Regioni)? E cosa rimane? Però **una rivisitazione del Servizio Sanitario e del Titolo V, forse, va riconsiderata, e spero che il Servizio Sanitario Nazionale, dopo una sua necessaria e doverosa rivisitazione, possa consentire a ciascuno di noi di godere in maniera uniforme dei diritti costituzionalmente garantiti e di sentirsi orgoglioso di essere cittadino italiano.**

Revisione del SSN
e del Titolo V della
Costituzione

Il convegno è stato realizzato in collaborazione con  **FB & ASSOCIATI** www.fbassociati.it
ADVOCACY AND LOBBYING



IAPG ITALIAN AMERICAN
PHARMACEUTICAL
GROUP

Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma

