

Appunti dottor Pasquale Longobardi (presentazioni disponibili da mercoledì 4 giugno al sito www.formazione.ilsole24ore.com/helathcare2014)

“3° Health Care Summit: sostenibilità e nuovi modelli per la salute del futuro”. Roma, 28 maggio 2014

Turno R., Forquet F. (Direttore, Vice Direttore Sole 24 Ore)

La Sanità è un'industria essenziale sia per il Prodotto Interno Lordo che per il benessere del Paese.

Stiamo passando da un modello assistenziale basato su prestazioni di diagnosi, terapia, assistenza (PDTA) a un sistema basato su un percorso assistenziale che il cittadino percepisce come un labirinto e per la gestione del quale chiede una guida che lo aiuti a districarsi (case manager).

Rapporto tra i diversi setting assistenziali: se l'ottimizzazione del sistema ospedaliero (selezione delle indicazioni per la ospedalizzazione, riduzione dei tempi di ricovero) non corre di pari passo con l'implementazione dell'assistenza sul territorio, l'accelerazione del passaggio ospedaliero ingolfa il sistema territoriale. E' necessario un sistema chiaro, efficace di comunicazione tra i due setting di cura.

Lagostena A. Direttore generale Ospedali Galliera

Galileo Galilei: “misurare tutto ciò che è possibile misurare, rendere misurabile ciò che apparentemente non lo appare”.

Attualmente il 22% della popolazione è over 70enne. Nel 2030 gli over 70enni saranno il 27%. Attualmente presso l'Ospedale di Galliera (Liguria) il 77% dei ricoveri per acuti è relativo a patologie gravi ma non critiche (croniche). La strategia dell'Ospedale per ottimizzare i ricoveri è stata l'organizzazione per intensità di cura e l'attivazione di una rete interregionale (include anche l'Emilia Romagna).

E' bene utilizzare appropriatamente i termini: prezzo, spesa, costo. Quando si dice “costi standard” in realtà è “spesa standard”. Dire che la siringa costa di più a Palermo rispetto a Bolzano, intende il prezzo non il costo.

Nel 2011 il 96% casi erano ricoveri ordinari o in day hospital. Gli outliers sono stati il 3,8% ma hanno assorbito il 13% delle risorse.

In Italia, in numerose realtà, la colectomia è eseguita per via laparoscopica nel 3% degli interventi. In Olanda tale tecnica è utilizzata nel 90% di questo tipo di intervento. Chi deve favorire la diffusione di questa tecnica (o similari): il Ministro, l'Assessore, il Direttore generale, la Società scientifica di riferimento? Probabilmente la risposta è nella scelta, da parte, dei manager delle persone giuste nei ruoli chiave.

Alberti V.F. (Presidente FIASO)

E' un'emergenza creare una buona classe dirigente (middle e top management). Avere un dirigente che sappia gestire bene una gara, per esempio di 120 milioni di euro, consente di ottimizzare le risorse e permettere investimenti. Investendo sulle risorse umane, sarà possibile attivare la corretta

utilizzazione della Health Technology Assessment (HTA) per decidere cosa tagliare (perché inutile) in modo da recuperare risorse da investire.

Cambiare significa trasformare, cioè individuare e applicare norme di buona pratica. Non basta parlare, si deve fare. Il tempo è maturo per selezionare top e middle management che sappia attuare le migliori soluzioni, individuandole – se fosse necessario – dalle migliori esperienze sul territorio nazionale.

Lusenti C (Assessore alla Sanità Regione Emilia Romagna)

Lamentarsi rende. In realtà non è vero che chi lavora nel SSN stia peggio di altri. Sta peggio chi non ha lavoro o lo sta perdendo. In merito al ruolo della politica: la buona Sanità è figlia di una buona Politica. La stabilità politica consente la crescita; è difficile governare quando ci sia un alto turnover politico. La responsabilità politica è nella individuazione dei dirigenti giusti: *“tu, politico, scegli il conduttore della macchina; se la macchina finisce fuori strada do a te, politico, la responsabilità dell’errore nella scelta del conducente”*. Consigliamo lettura del libro di De Rita *“Lo slittamento della realtà”*.

Non è prevista, nel Patto tra le Regioni (Conferenza Stato-Regioni), una rielaborazione dell’attività intra moenia perché è un argomento regolamentato da norme precise e solide.

La valutazione della dirigenza in Sanità è altro argomento ben normato (obiettivi, risultati, metodi di valutazione). In altri settori, come la Scuola e la Pubblica Amministrazione (dirigenti dei Ministeri), mancano addirittura le norme minime.

Burocrazia: premesso che Lusenti auspica la massima semplificazione e la misurazione degli esiti (*“che risultati otteniamo”*), ritiene che alcuni aspetti della burocrazia (come il controllo dei processi) siano essenziali.

Lorenzin B. (Ministro della Salute)

In merito alla qualità lo sforzo è il passaggio da una visione ragioneristica dovuta alla crisi e all’assetto istituzionale (titolo V della Costituzione) che ha comportato la necessità di far rientrare in equilibrio i bilanci di diverse Regioni. Finora la politica sanitaria l’ha fatta il Ministero dell’Economia in un rapporto di muscoli con le Regioni. E’ tempo per dare più forza al Ministero della Salute affinché possa definire gli indirizzi in Sanità. Il Ministero della Salute si muove con l’obiettivo di favorire la qualità delle prestazioni e l’armonia tra le diverse Regioni, rispettandone l’autonomia. Le Regioni devono essere disposte a collaborare con il Ministero senza attendere la riforma del titolo V della Costituzione.

Per gestire bene un’Azienda ci sono due elementi essenziali: Budget e qualità della governance del budget. Il decreto Balduzzi ha aggiornato i criteri della valutazione dei manager. Appare necessario un Albo nazionale dei manager, ai quali si acceda con skill molto forti basati su un chiaro percorso di formazione. Un bravo manager è giusto che sia ben pagato: questo è essenziale per attrarre persone capaci. La Politica deve fare diversi passi indietro sulla scelta degli specialisti nell’ambito dei percorsi di cura: all’interno di una struttura un professionista può essere un bravo specialista ma un pessimo gestionale (non attiva il lavoro di team, non promuove i risultati di gruppo).

Lo sforzo deve essere, anche per i giornalisti, di favorire il passaggio culturale dall'approccio ragionieristico attuale alla Sanità verso un approccio gestionale. Non ha senso continuamente chiedere (e fare titoli da prima pagina) sullo stato dei "costi standard", si deve discutere sugli indirizzi della Sanità in Italia.

Il SSN ha bisogno di 2-3 miliardi di investimenti per rimodernare e fare la manutenzione delle infrastrutture sanitarie. Inoltre è necessario sviluppare il sistema intermodale tra Hub e Spoke: finora non sono stati fatti investimenti per lo sviluppo degli Spoke e il sistema è sbilanciato. E' necessario investire nelle risorse umane, deve essere superato l'attuale blocco del turnover.

Gli investimenti non possono essere ottenuti con aumento delle tasse, trasferimenti da altri settori, taglio dei prezzi o sperando nella fine della crisi. E' necessaria la trasformazione interna del sistema. Siccome questo processo è lento e lungo nel tempo, gli obiettivi devono contenere il parametro temporale (in quanto tempo desidero ottenere una determinata trasformazione) e il sistema di controllo della gestione (come controllo il processo di trasformazione). In tal modo, le risorse che vengano sbloccate (risparmi) potranno rimanere ed essere investite nel settore Sanità e non ricollocate in altri settori.

In una visione di sistema Italia è necessario permettere all'Industria farmaceutica di rimanere sul territorio nazionale. La specificità dell'Italia (dove siamo competitivi) è l'abilità nella ricerca e sviluppo: personale di alta qualità già formata; indotto (programmazione, controllo) forte rispetto a paesi come l'India. Per favorire gli investimenti in questo settore è necessario elaborare norme certe e stabili nel tempo: un piano di investimento in ricerca e sviluppo prevede un rientro in dieci anni.

La strategia, prevede che AIFA sia ristrutturata. Deve diventare una Agenzia (come la FDA negli USA) che lavori a tempo pieno per facilitare l'attività dei Comitati etici; deve essere in grado di rispondere ai quesiti importanti del Ministero sulla farmaceutica entro cento giorni dal quesito.

La medicina personalizzata è il futuro. Nel Patto della Salute deve essere affrontata la tendenza attuale alla personalizzazione dell'assistenza sanitaria in base al proprio reddito. E' necessario discuterne nel Patto della Salute per studiare dei percorsi di salute che consentano di rispettare l'orientamento universalistico della Sanità in Italia.

Il Ministro è in partenza per gli USA dove incontrerà il Ministro della Sanità statunitense per discutere sulla innovazione in Sanità. Incontrerà anche i ricercatori italiani negli USA che lavorano presso Università come quella di Harvard.

Calabrò R. (consigliere in materia sanitaria Regione Campania)

E' essenziale l'appropriatezza delle prestazioni in Sanità. La Legge vigente sulla Sanità introduce che il finanziamento del sistema debba fare riferimento a indicatori come la popolazione pesata, la mortalità, le condizioni socioeconomiche (demandando ai successivi regolamenti la definizione dei parametri). I regolamenti successivi hanno definito solo il parametro relativo alla popolazione pesata per età: la Campania ha avuto una riduzione di 70 euro pro capite. Bisogna investire in tecnologia, professionalità. I piani di rientro hanno avuto aspetti positivi e negativi. La Campania è uscita dal piano di rientro ma ha sofferto molto per il blocco del turnover: i giovani professionisti

sono emigrati. Il Patto delle Regioni in merito alla Salute deve tendere allo sviluppo armonico di tutte le Regioni.

Stefanelli E. (Vice Presidente FarmaIndustria)

Per la prima volta si conosce già a inizio anno la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale. Questo è un vantaggio per la gestione (governance) delle Aziende. Per l'industria del farmaco è necessario superare l'attuale sistema che lega il finanziamento per la farmaceutica con un metodo di payback perché questo comporta che ogni investimento in ricerca e in miglioramento della qualità viene pagato direttamente dalle Aziende Farmaceutiche (l'innovazione comporta un aumento della spesa, il modello basato sul mantenimento della spesa storica penalizza gli investimenti).

De Vincenti C. (Vice Ministro per lo Sviluppo Economico)

Il Ministero dell'Economia non ha penalizzato, recentemente, la spesa farmaceutica per favorire gli investimenti nel settore. Fino al 2007 si agiva per tagli orizzontali dei prezzi con una forte distorsione delle politiche di libero mercato e concorrenza. Oggi l'attenzione è concentrata sui budget, intesi come sistema di controllo della spesa che permette di evitare di superare i limiti concordati e di scongiurare il ricorso al taglio indiscriminato dei prezzi.

Se fossimo in grado di ragionare per dinamiche evolutive e prevedere – attraverso l'Health Technology Assessment – la capacità di guarigione dei pazienti, si potrebbe calcolare il risparmio generato dall'introduzione di un nuovo farmaco riducendo altre spese (riduzione della degenza, altro) e permettere investimenti. Al momento, non essendo capaci di ciò, si agisce con il modello dei budget che è semplice ma efficace.

E' necessario rivedere il sistema di pricing dei farmaci, c'è l'impressione che il prezzo attuale dei farmaci non sia correlato al reale impegno delle Ditte in ricerca e sviluppo. Stanno arrivando sul mercato farmaci molto costosi e AIFA sta focalizzando l'attenzione sull'Health Technology Assessment per “guardare in faccia” il problema del governo della spesa farmaceutica secondo l'attuale direzione di politica industriale: mai più tagli indiscriminati dei prezzi; premio agli investimenti in ricerca e sviluppo. E' stato creato un fondo di cento milioni di euro con il quale lo Stato si fa garante per le Ditte che investono in alcuni settori come le Scienze per la Vita.