IV Congresso Regionale ADDIS
I Distretti e le 4 S: Sud, Salute, Sostenibilità e Sviluppo
Hotel Ramada, Napoli – 13 e 14 dicembre 2012

Di quali politiche della salute necessitiamo per un distretto forte ?

Paolo Da Col
Trieste

paolo.dacol@ass1.sanita.fvg.it

1. Analisi per la conoscenza

2. Sintesi per l’azione

Politiche.....

speranza

cambiamento

mantenimento

.. per la salute….. Abbiamo bisogno di

- Politiche della speranza
- Politiche della realtà
- Politiche condivise, con scelte partecipate
- Politiche evidence based
- Politiche di sanità pubblica
- Politiche intersettoriali, mai solo sanitarie
- Politiche a vantaggio delle
  - Persone → benessere, Qualità vita, salute “globale”
  - Operatori → soddisfazione, progresso professionale
  - Sistema → “sta in piedi e progredisce”

Politiche per la salute: SIAMO D'ACCORDO ?

1. Prima le gente, poi i soldi
2. La salute non coincide con la sanità
3. La salute dipende da molti altri fattori
4. La salute è un processo ed è un progetto individuale
5. Dare - avere - fare più **salute** significa ?
   - Benessere totale ? Felicità ? …. o, meglio,
   - "capacità di adattarsi (*coping*) e di imparare a fronteggiare le situazioni avverse"?

Politiche per la salute: ABBIAMO BISOGNO …..

- Il tema centrale restano i LEA !!
- Oggi “declassati”, rispetto al DPCM del 2001, a indicatore di performance economica, usato per distinguere le “regioni virtuose o dissennate” in base alle spese, non certo per i risultati di salute !!
- “NOI” (tecnici, professionisti) certamente NON abbiamo contribuito ad arrestare la diffusione delle prestazioni inappropriate, come sancito nel Decreto LEA 2001

DISTRETTO FORTE

DISTRETTO FORSE ?

DISTRETTO FORTE

COSA CHI LO RENDE FORTE

FORTE PER CHI E PER COSA ?

le risorse !!

Risultati dal Laboratorio di Ricerca

Un modello per il governo del territorio delle Aziende Sanitarie

Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Costi medi non pesati per r… istenziale ripartendo i costi per … biti

Tabella 2.2.4

Codice	Ambito					Media variazione annua
u1	Ricoveri ospedalie…					1%
c1	Farmaceutica					2%
b1	Specialistica					6%
efg101	Medicina di Famiglia (M… Continuità assistenziale				…7%	3%
m1	Strutture Residenziali e semiresid. Anziani				81%	4%
s1	Salute mentale	€ 62		4%	85%	2%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	€ 62	€	3%	88%	3%
q1	Pronto Soccorso	€ 50	€ 4…	3%	91%	5%
p1	Riabilitazione e Lungodegenza	€ 19	€ 28	2%	93%	5%
n1	Disabili	€ 25	€ 35	2%	95%	9%
d1	Protesica e Integrativa	€ 28	€ 27	2%	97%	4%
h26	Assistenza Domiciliare	€ 21	€ 22	1%	98%	7%
l1	Materno Infantile	€ 18	€ 18	1%	99%	3%
t1	Dipendenze	€ 15	€ 16	1%	100%	18%
o1	Hospice	€ 2	€ 3	0%	100%	4%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	€ 1.700	€ 1.682	100%		3%

AL
DISTRETTO FORTE:
se non soldi in più, più potere per gestire quelli ora disponibili

’06-’09

DISTRETTO FORTE

CREA ALTERNATIVE

2000-2010, a TRIESTE

ASS1	2000	2010	diff%
pop tot ts	246.460	239.782	-3%
n° dimiss. tot da H (ordin + DH)	56.523	37.716	-33%
N° gg deg		307.315	-32%
pop > 75		2.871	5%
N° ric > 75 (ord		40	-23%
p.l. AOU (nel			-38%
p.l. RSA - Re			37%
n° p.l. in hosp			25%
n° dimissioni d		9	133%
gg deg RSA		0.418	85%
N° accessi in		129.982	121%
N° acces sioterapisti a dom.	6.987	12.060	73%
accessi ADI/ADP di MMG	13.884	13.763	-1%
N° prescrizioni farmaceutiche	1.478.392	2.600.321	76%
N° prestazioni tot. amb. erogate da ASS 1	1.111.677	1.306.873	18%

Nel "territorio" sostenibilità per 10.000 persone/anno che non ricorrono più all' ospedale

1996-2010, a TRIESTE

ASS1	1996: ente	2000	2009	diff%
totale posti letto			794	-38%
personale dipendent			1.233	20%
personale dipendente			3.000	-1%
costo personale ASS1		48	58.419.316	70%
costo personale AOUTS		113.410.836	145.418.960	28%
tot. costi produzione ASS1 ^^	235.000.000 €	269.208.161	415.275.530	54%
tot. costi produzione AOUTS		163.856.260	261.665.643	60%
^^ incluse prestazioni DRG per AOU (ca. 145 mil €)				
FONTE DATI: Rapporto SSR FVG 2009				

Abbiamo bisogno di capacità di riconversione, che sono molto difficili

..è “forte” perché “HA IN MANO”

- **Assistenza ambulatoriale**
  - **Medicina generale in associazione**
  - **Medicina specialistica in team**
  - **Ambulatorio infermieristico**
  - **Attività di riabilitazione ambulatoriale**
    - **→ casa della salute ?**

- **Assistenza domiciliare**
  - **24/7 medico-infermieristico-riabilitativa --> team**
  - **12/7 socioassistenziale**

- **Assistenza residenziale**
  - **sanitaria-riabilitativa “intensiva” / estensiva**
  - **Sociosanitaria ad intensità assist. alta – media – bassa**
  - **Socioassistenziale di breve e lungo termine**

- **GOVERNO DELL’OFFERTA e della domanda**

Noi a “loro”
(non “loro - i politici – a noi)

	previsione risorse aggiuntive	spese investimento
Assistenza ambulatoriale		
Medicina generale in associazione		
Medicina specialiastica in team		
Ambulatorio infermieristico		
Attività di riabilitazione amb.		
-> casa della salute ?		
Assistenza domiciliare		
24/7 medico-inferm-riabilitativa --> team		
12/7 socioassistenziale		
Assistenza residenziale		
Sanitaria-riabilitativa “intensiva” / estensiva		
Sociosanitaria ad intensità ass. alta – media – bassa		
Socioassistenziale di breve e lungo termine		

Condizionare le “politiche” (ovvero i politici)

	stima costi aggiuntivi SSR	spese investimento
Assistenza ambulatoriale		
MMG in associazione	*pay for performance / health ?*	
Medici specialiasti in team	*pay for performance / health ?*	
Ambulatorio infermieristico	*pay for fee ?*	
Attività di riabilitazione amb.	*pay for fee ?*	
-> casa della salute ?	*?? pay for what ??*	*start: 10 mln €*

Condizionare le “politiche” (ovvero i politici)

	stima costi aggiuntivi SSR	spese investimento
Assistenza ambulatoriale		
MMG in associazione	*pay for performance / health ?*	
Medici specialiasti in team	*pay for performance / health ?*	
Ambulatorio infermieristico	*pay for fee ?*	
Attività di riabilitazione amb.	*pay for fee ?*	
-> casa della salute ?	*?? pay for what ??*	*start: 10 mln €*
Assistenza domiciliare		
24/7 medico-inferm-riabilitativa --> team	*per MCA xx € & costo 10 Inf*	*start: 300.000 €*
12/7 socioassistenziale	*xx €….. per yy n° casi….*	*start: 100.000 €*
riabilitazione domiciliare 5-6/7	*costo 5 fisioterapisti*	*start: 50.000 €*

Condizionare le “politiche” (ovvero i politici)

	stima costi aggiuntivi SSR	spese investimento
Assistenza ambulatoriale		
MMG in associazione	*pay for performance / health ?*	
Medici specialiasti in team	*pay for performance / health ?*	
Ambulatorio infermieristico	*pay for fee ?*	
Attività di riabilitazione amb.	*pay for fee ?*	
-> casa della salute ?	*?? pay for what ??*	*start: 10 mln €*
Assistenza domiciliare		
24/7 medico-inferm-riabilitativa --> team	*per MCA xx € & costo 10 Inf*	*start: 300.000 €*
12/7 socioassistenziale	*xx €….. per yy n° casi….*	*start: 100.000 €*
riabilitazione domiciliare 5-6/7	*costo 5 fisioterapisti*	*start: 50.000 €*
Assistenza residenziale (? posti letto ?)		
Sanitaria-riabilitativa “intensiva” / estensiva	*250-300 €/die / 150 €/die p.c.*	*??*
Sociosanitaria ad intensità ass. alta – media – bassa	*range 150 -100 €/die p.c.*	*??*
Socioassistenziale di breve e lungo termine	*range 100 - 60 €/die p.c.*	*??*
Assistenza semiresidenziale - centro diurno (? posti ?)	*range 70 - 40 €/die p.c.*	*??*

Condizionare le “politiche” (ovvero i politici)

CREARE VALORE !

	stima costi aggiuntivi SSR	spese investimento	ROI
Assistenza ambulatoriale			
MMG in associazione	*pay for performance / health ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Medici specialiasti in team	*pay for performance / health ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Ambulatorio infermieristico	*pay for fee ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Attività di riabilitazione amb.	*pay for fee ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
-> casa della salute ?	*?? pay for what ??*	*start: 10 mln €*	riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Assistenza domiciliare			
24/7 medico-inferm-riabilitativa --> team	*per MCA xx € & costo 10 Inf*	*start: 300.000 €*	> QoL - prevenzione riacutizzazioni.....
12/7 socioassistenziale	*xx €..... per yy n° casi....*	*start: 100.000 €*	> QoL
riabilitazione domiciliare 5-6/7	*costo 5 fisioterapisti*	*start: 50.000 €*	> autonomia possibile
Assistenza residenziale (? posti letto ?)			
Sanitaria-riabilitativa “intensiva” / estensiva	*250-300 €/die / 150 €/die p.c.*	*??*	- 30% p.l. med interna H - stop LD
Sociosanitaria ad intensità ass. alta – media – bassa	*range 150 -100 €/die p.c.*	*??*	- 10% gg degenza H
Socioassistenziale di breve e lungo termine	*range 100 - 60 €/die p.c.*	*??*	> QoL (++ dei familiari)
Assistenza semiresidenziale - centro diurno (? posti ?)	*range 70 - 40 €/die p.c.*	*??*	controllo sintomi ..... > QoL di tutti

ROI = return of investment

Anno XI numero 30 2012
Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70%. - Roma

monitor

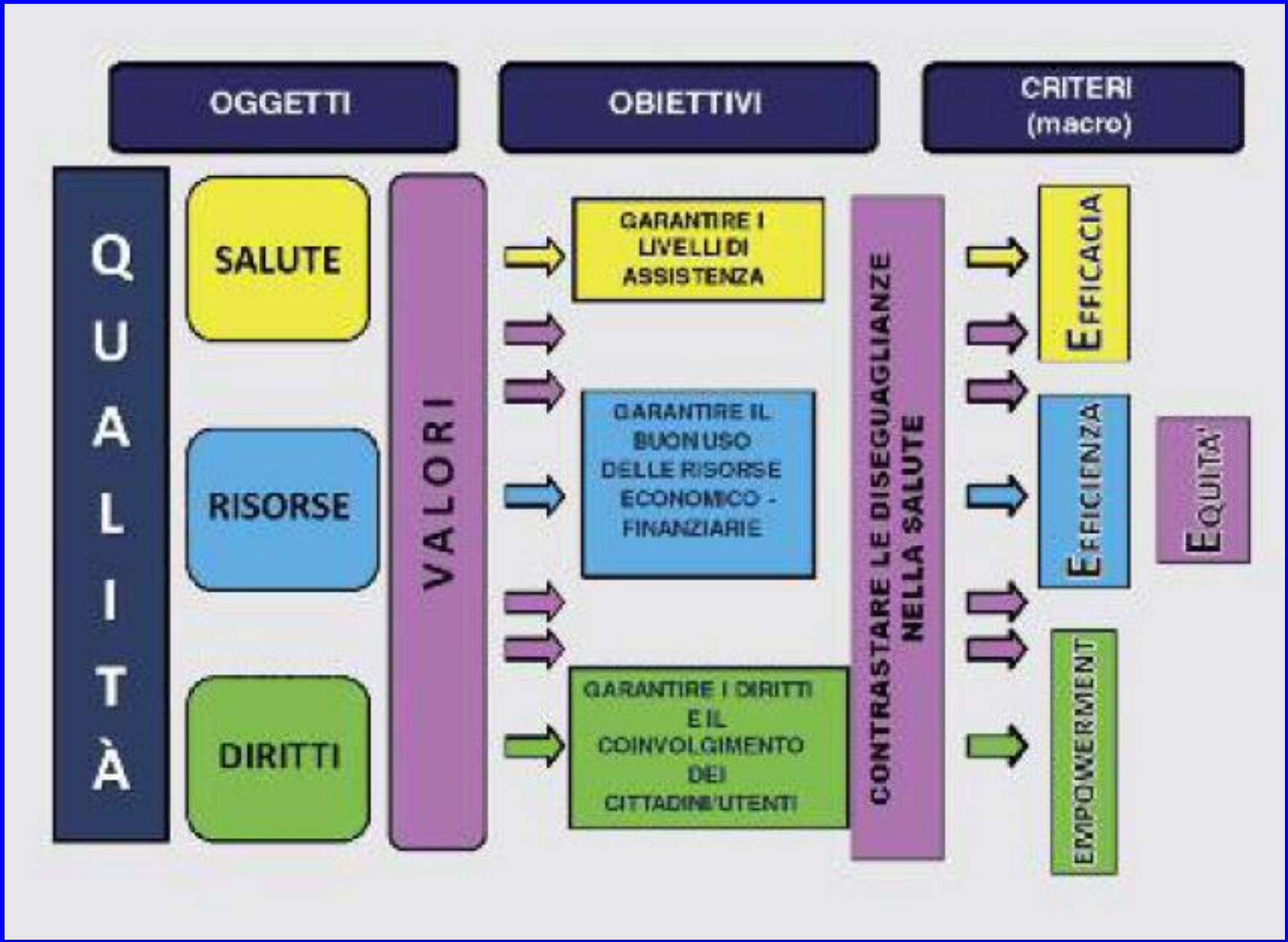
→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

30

Editoriale Le attività di valutazione di Agenas **Focus on** Valutare per meglio programmare: Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria; Il Programma Nazionale di valutazione Esiti (PNE). Breve guida alla consultazione; Il ciclo delle performance del management sanitario; La funzione di composizione di indicatori nella valutazione dei sistemi sanitari **Health World** Israele. Lo studio di un caso di gestione integrata della sanità; Usa. Verso la chiusura di un terzo degli ospedali nel 2020 **Agenas on line** Tutela della salute ed esigenze di indagine; La prospettiva etica nelle organizzazioni sanitarie: le esperienze realizzate in Puglia, Sicilia, Piemonte

http://www.agenas.it/monitor2012.htm

SCENARIO DI RIFERIMENTO DI UN DISTRETTO FORTE



http://www.agenas.it/monitor2012.htm

Figura 2 - Schema concettuale del sistema italiano per la valutazione dell'assistenza sanitaria

QUALITA'

GLI OGGETTI	GLI OBIETTIVI	CRITERI (MACRO)	CRITERI (MESO)	CRITERI (MICRO)
LA SALUTE	GARANTIRE I LIVELLI DI ASSISTENZA	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' SERVIZI
				FRUIBILITA' SERVIZI
			APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	LIVELLI DI UTILIZZAZIONE
				VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE
				APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI
				CONTROLLO DEL DOLORE
				GESTIONE RISCHIO CLINICO
			ESITI (Programma Nazionale Esiti)	COMPLICANZE
				RIAMMISSIONI
				OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI
				MORTALITA' PER PROCEDURE
				MORTALITA' PER PATOLOGIE
				PREVENZIONE
LE RISORSE	GARANTIRE IL BUON USO DELLE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE
				SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA
			EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA USO REGIMI ASSISTENZA
				APPROPRIATEZZA UTILIZZO RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE
				ADEGUATEZZA INNOVAZIONE TECNOLOGICA- STRUTTURALE - ICT
				SODDISFAZIONE OPERATORI
I DIRITTI	GARANTIRE I DIRITTI ED IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITÀ DELLA PERSONA
				ACCESSIBILITÀ FISICA, VIVIBILITÀ E COMFORT DELLA STRUTTURA
				ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
				CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L'UTENTE/PAZIENTE
			COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
				SODDISFAZIONE UTENTI

I VALORI - EQUITA' (CONTRASTARE LE DISEGUAGLI... SALUTE)

http://www.agenas.it/monitor2012.htm

Le funzioni di valorizzazione

- In un processo di valutazione gli indicatori NON devono avere funzione descrittiva, bensì stimare la qualità dei soggetti analizzati
- L'obiettivo è trasformare i valori di un indicatore assegnandogli una funzione di valore, **"l'indice di virtuosità"**
- La funzione di virtuosità ha un andamento definibile solo dal valutatore stesso, unico che possiede i criteri da utilizzare nella valutazione; ovvero: è più "virtuoso" un valore più alto o più basso ? *(es. è meglio un tasso di ospedalizzazione di 130 o 140 ? Tra 130 e 140 c'è la stessa diversità che tra 160 e 170 ?)*
- È necessario inoltre definire una scala cui far corrispondere una valore "ottimo" ed un valore "pessimo"

Definiamo gli indici di virtuosità. I goal ottimali ! (per non subirli dai politici)

	stima costi aggiuntivi SSR	spese investimento	ROI
Assistenza ambulatoriale			
MMG in associazione	*pay for performance / health ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Medici specialiasti in team	*pay for performance / health ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Ambulatorio infermieristico	*pay for fee ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Attività di riabilitazione amb.	*pay for fee ?*		riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
-> casa della salute ?	*?? pay for what ??*	*start: 10 mln €*	riduzione di accessi in PS, H, cdr - > QoL
Assistenza domiciliare			
24/7 medico-inferm-riabilitativa --> team	*per MCA xx € & costo 10 Inf*	*start: 300.000 €*	> QoL - prevenzione riacutizzazioni.....
12/7 socioassistenziale	*xx €..... per yy n° casi....*	*start: 100.000 €*	> QoL
riabilitazione domiciliare 5-6/7	*costo 5 fisioterapisti*	*start: 50.000 €*	> autonomia possibile
Assistenza residenziale (? posti letto ?)			
Sanitaria-riabilitativa "intensiva" / estensiva	*250-300 €/die / 150 €/die p.c.*	*??*	- 30% p.l. med interna H - stop LD
Sociosanitaria ad intensità ass. alta – media – bassa	*range 150 -100 €/die p.c.*	*??*	- 10% gg degenza H
Socioassistenziale di breve e lungo termine	*range 100 - 60 €/die p.c.*	*??*	> QoL (++ dei familiari)
Assistenza semiresidenziale - centro diurno (? posti ?)	*range 70 - 40 €/die p.c.*	*??*	controllo sintomi ..... > QoL di tutti

CREARE VALORE !

DISTRETTO FORTE

COSA CHI LO RENDE FORTE

FORTE PER CHI E PER COSA ?

LA VIRTÙ DELLA FORZA
LA FORZA DELLA VIRTU'

LE POLITICHE DEVONO AIUTARCI A DARE PIU' PESO

1. all'etica: accogliere e ascoltare di più. Tutti. Anche il silenzio degli innocenti
2. all'economia: pensare allo sviluppo del bene individuale e comune, non ai tagli; diventare ALTERNATIVI ad H (per renderlo + efficiente)
3. alle risorse: scovarle nel proprio territorio e nelle energie degli operatori; nelle riconversioni; nelle alternative
4. a nuovi welfare territoriali: favorire nuove responsabili consapevolezze e corresponsabilità DECENTRATE
5. al tempo (di cura): "tenere nel tempo"; prevenire e agire long term
6. all'ambiente: "say more yes for home care" (24/7); più azioni intersettoriali integrate in microterritori ben conosciuti => più benessere, più lavoro, più rispetto dell'ambiente
7. al patto tra generazioni: seminare oggi per un domani migliore a chi verrà dopo di noi

“ A MONTE” di tutto questo ci può essere qualcosa che conta di più ?

“ A MONTE” c’è MONTI

Monti: allarme sostenibilità Ssn, servono nuovi modi di finanziamento

Individuare «nuove modalità di finanziamento e di organizzazione dei servizi e delle prestazioni». Sembra questa la condizione per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, che «le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che potrebbe non essere garantita». Almeno secondo il presidente del

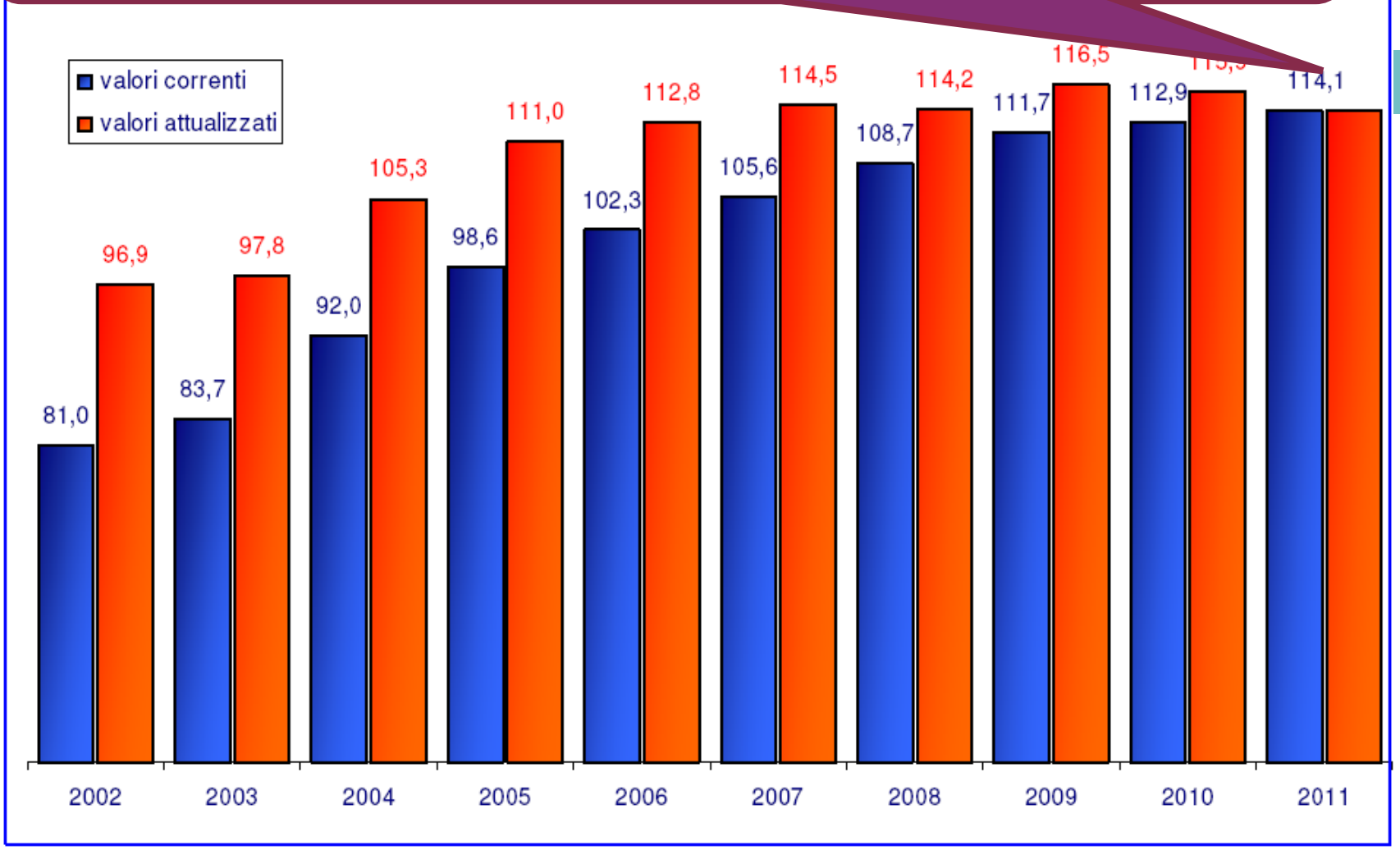
…. ma davvero non ce la possiamo fare ?

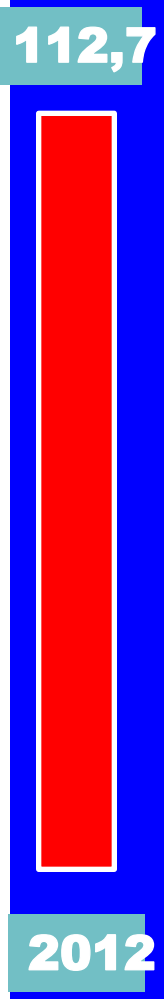
La realtà - Alcuni dati

LA TECNICA E’ POLITICA

SPESA SANITARIA PUBBLICA. 2002-2011

DAL 2010 AL 2014 TAGLIO DI 24,4 MILIARDI DI EURO (26 MLD ?)





fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

CORTE DEI CONTI

Sezione delle Autonomie

RELAZIONE SULLA GESTIONE FINANZIARIA

DELLE REGIONI

ESERCIZI 2010 - 2011

(Legge 5 giugno 2003, n. 131)

DELIBERAZIONE N. 14/SEZAUT/2012/FRG

Relazione Corte dei Conti

“Anche se i problemi sono lungi da trovare completa soluzione, soprattutto in alcune realtà territoriali (anche perché determinate situazioni si sono “costruite” in qualche decennio e non è ragionevole ritenere che si possano risolvere in tempi brevi) uno sguardo complessivo mostra che, nel quadro della finanza pubblica generale, ***il comparto sanitario si trova in una fase che si potrebbe definire di “avanguardia”.***

pagg 282-283

TAB. 7/SA

Incidenza percentuale della Spesa sanitaria sulla Spesa corrente

Pagamenti

Regioni	Spesa sanitaria corrente/Totale Spesa corrente		
	2009	2010	2011
Piemonte*(1)		1,45	79,74
Lombardia			81,91
Veneto			87,34
Liguria			83,15
E. Romagn			85,50
Toscana			33
Marche			5
Umbr			
Lazio			
Abruz			
Molise			
Campa			4
Puglia*			2,69
Basilicata(1)			79,30
Calabria*			79,79
Totale RS			82,48
Valle d'Aosta			27,91
Trentino A.A.		0,00	0,00
Prov. BZ		35,46	32,46
Prov. TN		33,58	38,91
Friuli V.G.	,00	51,34	51,45
Sardegna	53,55	54,64	55,23
Sicilia*	57,61	58,90	60,30
Totale RSS	50,23	50,89	51,63
TOTALE GENERALE(1)	73,98	74,08	75,58

*Regioni sottoposte a Piani di Rientro.

(1) Titolo Primo della spesa + spesa corrente sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali.

La sanità pericolosamente non lascia più spazio ad altro !

Risultato di esercizio* 2009-2011 nelle Regioni in Piano di rientro

(milioni di euro)

	2009	2010	2011
Piemonte	16,7	1,8	18,8
Liguria**	-105,1		
Lazio	-1.396,0	-1.024,9	-802,4
Abruzzo	-94,5	-5,5	39,1
Molise	[illegible]	-57,5	-35,1
Campania	[illegible]	478,6	-173,2
Puglia	[illegible]	[illegible]	-112,5
Calabria	[illegible]	[illegible]	-114,8
Sicilia	[illegible]	[illegible]	-23,8
[illegible]	[illegible]	[illegible]	1.203,8
[illegible]	[illegible]	[illegible]	262

1. Rientrare dai debiti è difficile
2. La spesa è sotto controllo e quella p.c. è stabile

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2011
101.744	[illegible]	[illegible]	[illegible]	2,4

* Fonte: DEF aprile 201[illegible] [illegible]a Sanità.

Spesa *pro capite* per il SSN

Anni	Spesa corrente per il SSN*	Spesa *pro capite***	Variazione % spesa *pro capite* rispetto all'anno precedente
2008	108.891	1.826	-
2009	110.474	1.840	**0,77**
2010	112.742	1.868	**1,55**
2011	112.039	1.848	**-1,09**

*Milioni di euro

**Spesa pro-capite calcolata considerando la popolazione residente al 1° gennaio per ciascun anno di riferimento, dati ISTAT: anno 2008 (59.619.290), anno 2009 (60.045.068), 2010 (60.340.328), 2011 (60.626.442).

Relazione Corte dei Conti

- *Il controllo della spesa sanitaria, poi, da circa un decennio, ha trovato concreta realizzazione in un* ***modello di monitoraggio che ha dato e sta dando buoni frutti.***
- *Si tratta di aspetti delicati, perché vanno ad incidere sul* ***diritto alla salute****, che pure è un diritto costituzionalmente garantito (art. 32 Cost.), e che possono colpire in misura maggior le fasce sociali più deboli.*
- *Certamente questo fondamentale diritto trova un* ***limite nella sostenibilità finanziaria della spesa.***
- *Per questo è necessario attivare meccanismi di controllo e monitoraggio che – portando ad una trasparenza dei risultati contabili e gestionali - inducano a razionalizzare la spesa, ottimizzare le risorse, senza, al contempo, sacrificare la quantità e la qualità dei servizi.*

VISTI DA LONTANO ….

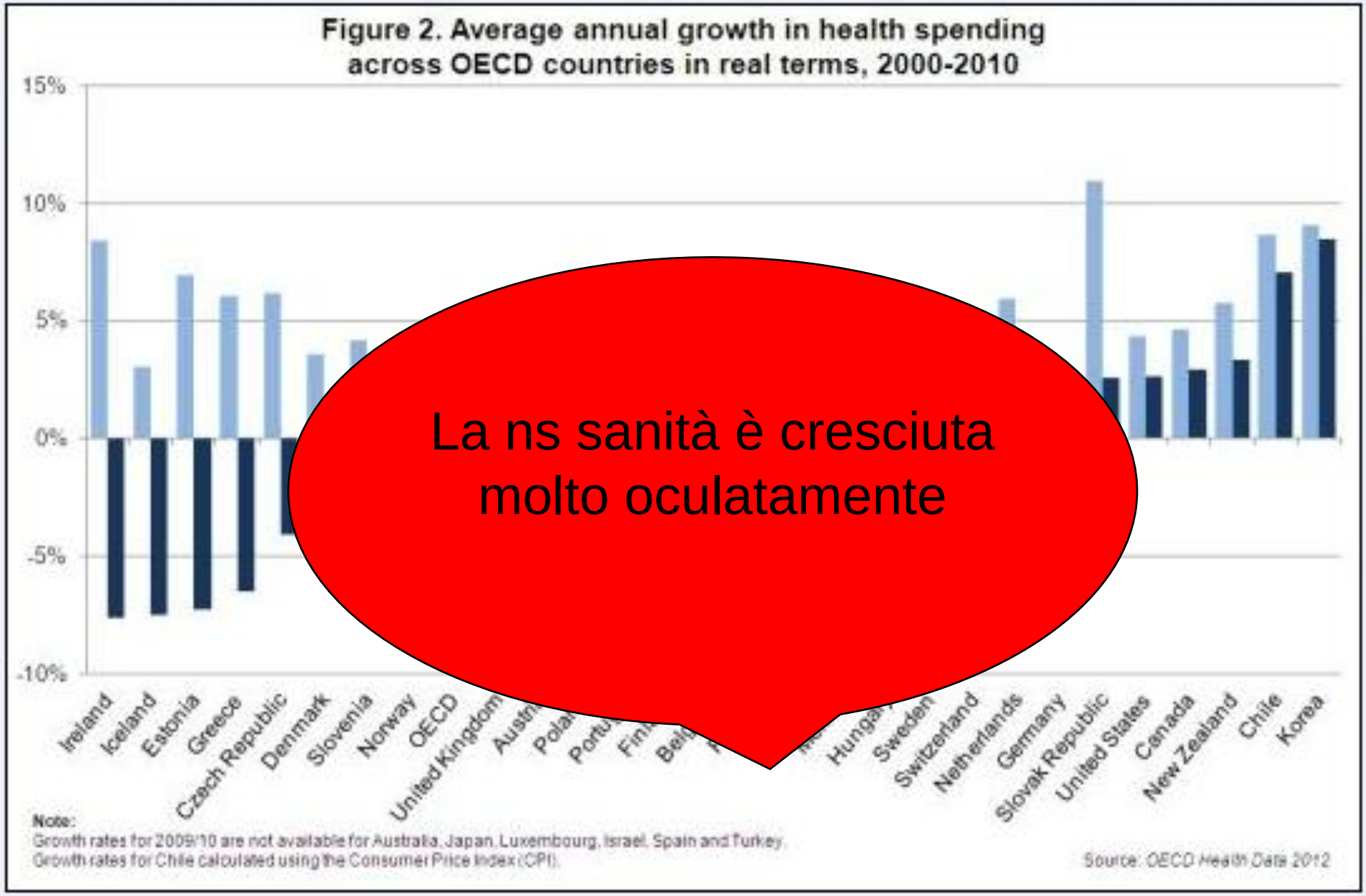
From:

Health at a Glance: Europe 2012

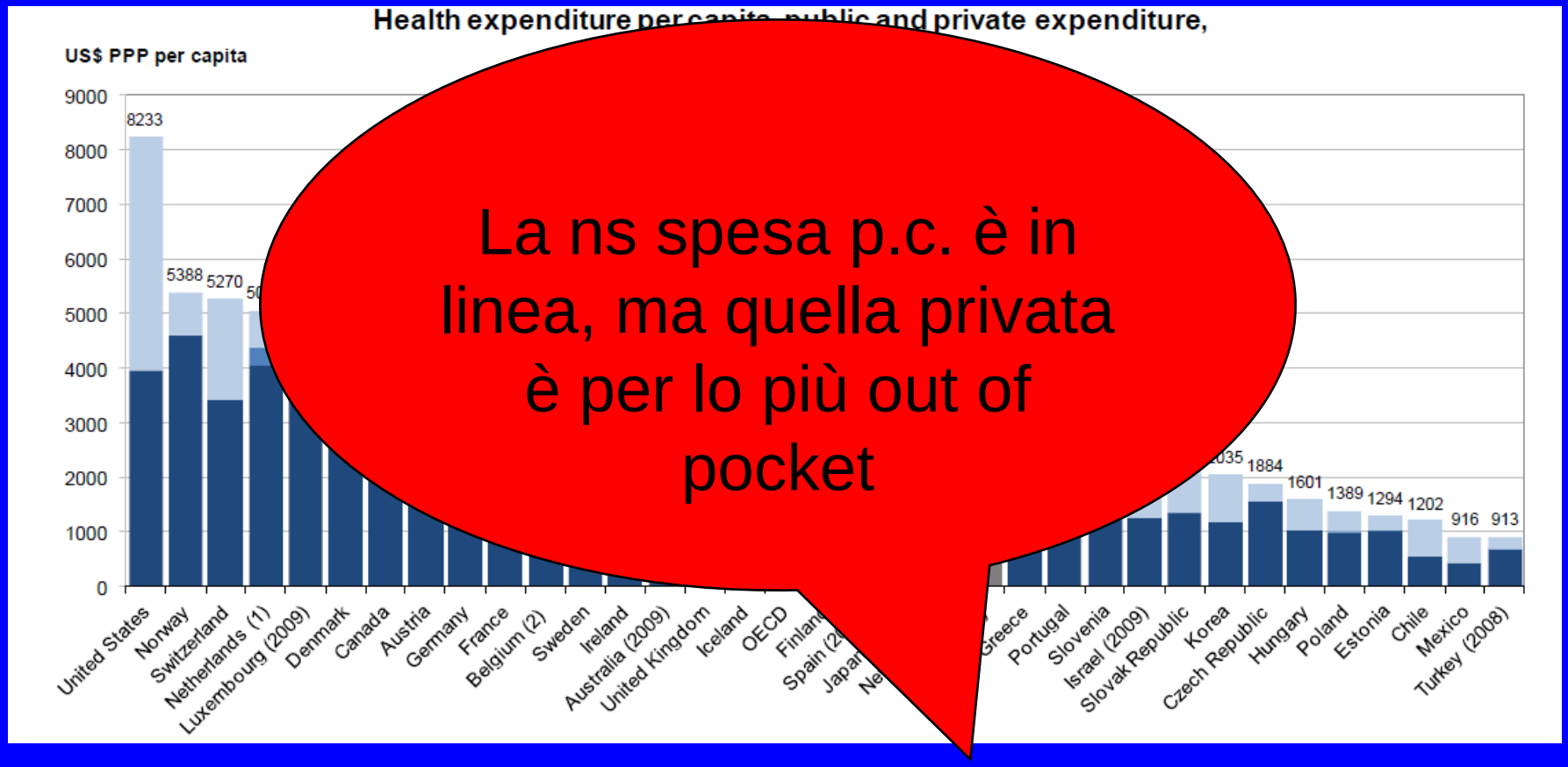
Access the complete publication at:

http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en

Figure 1. Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2010, public and total
7%
6%
5%
4%
3%
2%
1%
0%
-1%
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
Total expenditure on health, growth rates
Public expenditure on health, growth rates
Source: OECD Health Data 2012
Si è azzerata la crescita della spesa pubblica e totale !



La ns sanità è cresciuta molto oculatamente



La ns spesa p.c. è in linea, ma quella privata è per lo più out of pocket

In 2009, life expectancy at birth in Italy was 82 years, more than two years greater than the OECD average (79.8 years).

Health at a Glance 2011: OECD Indicators
PRINCIPALI RISULTATI: ITALIA

QUALITA DELLE CURE

- *In Italia il tasso di mortalità ospedaliera a seguito di un attacco cardiaco o di un ictus è inferiore alla media OCSE.*
- *L'Italia ottiene buoni risultati anche nel limitare i ricoveri ospedalieri ad alto costo per malattie croniche, quali asma, malattia polmonare ostruttiva cronica o diabete.*
- *L'Italia è vicina alla media OCSE per quanto riguarda la percentuale di donne sottoposte a screening del tumore del seno, ma è indietro per quanto riguarda lo screening del tumore della cervice.*

OECD report

- In **Italy t**here is evidence of over-supply of doctors (3,7 vs 3,1 per 1.000) and under-supply of nurses **(6,3 vs 8,7)**, resulting in an inefficient allocation of resources.

OECD report

- Magnetic resonance imaging (MRI) increased to reach 22.4 per million population in 2010, well above the OECD average of 12.5.

- The number of CT scanners stood at 31.6 per million population in 2010, above the OECD average of 22.6.

MRI

CT

La ns sanità lascia aperti troppi spazi alle tecnologie costose, che se usate male producono molta spesa e poca resa.

Bocconi

- Home
- Chi siamo
- Research Community
- Managers & Professionals
- Corporate
- Non Profit
- Global Health and Development
- Eventi
- Comunità Virtuali
- Job opportunities

CERGAS - Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Contatti | Mappa | International Site | Cerca | OK

Quadro di riferimento

Rapporto OASI

Questa sezione del Rapporto fornisce ogni anno alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare riferimento all'assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende), all'organismo personale (in termini quali-quantitativi), alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Successivamente evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla Regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e caratteristiche delle aziende e della mobilità dei direttori generali delle aziende stesse; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'agenzia sanitaria regionale, il PSR in vigore o in corso di approvazione, l'organizzazione delle aziende, la loro contabilità. Infine analizza gli input, gli output e gli outcome delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio

Tabella 2.12 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2010)**

Anno	Numero di Dimissioni[1]	Giornate di ricovero[1]	% rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media[2]
1998	12.577.826	88.009.005	9,3	7,1
1999	12.727.449	85.811.850	10,2	7,0
2000	12.671.5[illegible]	[illegible]	11,8	6,9
2001	[illegible]	[illegible]	13,4	6,8
2002	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2003	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2004	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2005	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2006	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2007	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,7
2008	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,8
2009	[illegible]	[illegible]	17,5	6,7
2010	11.2[illegible]	[illegible]	17,2	6,7
1998-2010	**–10,2%**	**–18,2%**	**84,6%**	**–5,1%**

Dove stanno oggi quelle centinaia di migliaia di persone che NON vanno più in ospedale ?

Nota:

[1] Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza.

[2] Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 2.21 **Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2009)**

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%) (età > 65)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale
Piemonte	30.096	679				10	7	18
Valle d'Aosta	166						44	66
Lombardia								17
PA Bolzano								
PA Trento								
Venet								
Fri								
Li								
E								
To								
Um								
Marc								
Lazio								
Abruzzo								26
Molise								56
Campania	22.434						6	35
Puglia	17.991	4				24	6	41
Basilicata	7.382	1.2		50,7	15	22	2	39
Calabria	11.708	58		25,5	5	20	1	26
Sicilia	14.697	29	7,9	10,8	9	16	1	26
Sardegna	9.713	581	76,2	23,7	12	17	1	30
ITALIA	**533.461**	**888**	**84,1**	**37,1**	**4**	**13**	**2**	**19**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tecnici e politici insieme per rendere l'ADI più credibile per essere alternativa all'ospedale (ora 10:100)

Tabella 2.24 **Indicatori *proxy* di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2010)**

Regione	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (età >= 65 anni)
Piemonte	8,26	5,67	889,07
Valle d'Aosta	[illegible]	[illegible]	994,86
Lombardia	[illegible]	[illegible]	[illegible]241,84
PA Bolzano	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PA Trento	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Venet[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Fri[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
L[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
U[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Mar[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Lazio	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Abruzzo	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Molise	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Campania	[illegible]	[illegible]	1.344,76
Puglia	40,6[illegible]	[illegible]	1.362,50
Basilicata	34,09	5,11	1.456,79
Calabria	22,10	18,11	1.731,10
Sicilia	24,35	9,74	1.457,41
Sardegna	32,13	18,90	1.123,25
ITALIA	**22,36**	**11,17**	**1.286,78**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

In un distretto forte c'è migliore qualità di vita per molte centinaia di cardiopatici

Tabella 2.25 **Attività di guardia medica, per Regione (2009)**

Regione	Punti di guardia medica	Ore prestate	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Visite effettuate per 100.000 abitanti
Piemonte	140	977.624	415	14.365
Valle d'Aosta	8	55.549	545	11.471
Lombardia	223	1.574.430	364	10.735
PA Bolzano	6	31.884		4.239
PA Trento	32		1.154	21.273
Veneto				10.455
Friuli VG				12.800
Liguria				
Emilia Ro				
Tosca				
Um				
M				
L				
A				
Mo				
Cam				
Puglia				
Basilicata				
Calabria				54.126
Sicilia				35.099
Sardegna	215		833	27.938
ITALIA	**2.984**		**16.822**	**16.822**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Un distretto forte cambia radicalmente scopi ed attività dei Medici della continuità assistenziale

[51] A proposito si veda il sito del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (http://www.ccm-network.it/node/1602/) in cui è contenuto il «Documento per la valutazione dei Piani regionali di prevenzione (Prp) 2010-2012», come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

OASI 2012

salute e povertà….

- negli ultimi 1 è mantenu a popola d e Sud d alto (4,
- la contraz mo e risparmio delle onsumi sanitari: rispetto al 1997, la spesa sanitaria è calata dal 4,3% al 3,7% della spesa complessiva.

Un distretto è forte se riesce a cambiare cultura, a convincere del valore del SSN universalistico e solidaristico (=>stop evasione !). Se protegge i più deboli.

Tabella 2.27 **Elementi di criticità dei servizi sanitari per macro-aggregato geografico (2012)**

Aspetti negativi dei servizi sanitari	% di segnalazione nei Macro aggregati territoriali				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	ITALIA
Liste di attesa			70,1	70,6	68,5
Tempi di attesa in struttura				20,2	26,4
Mancanza di coordinamente e scarso accompagnam				13,1	15,8
Eccessiva rapidità di d					13,8
Inadeguata professior					10,1
Scarsità di informazior				6	9,3
Assenza di determinati se prestazioni nella propria area				16,4	8,6
Approccio poco empatico degli operat				10,4	7,2
Variabilità delle indicazioni cliniche			7,4	3,2	5,1

Fonte: dati CENSIS – Fbm (2012)

Il distretto forte educa
la le persone ad evitare
il consumismo ed a
preoccuparsi delle cose
davvero importanti

Oggi va così, ma quali politiche per il futuro ?

Alcuni dati

(Long term care - LTC)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

Ispettorato Generale per la Spesa Sociale

LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO

Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012

Rapporto n. 13 – Settembre 2012

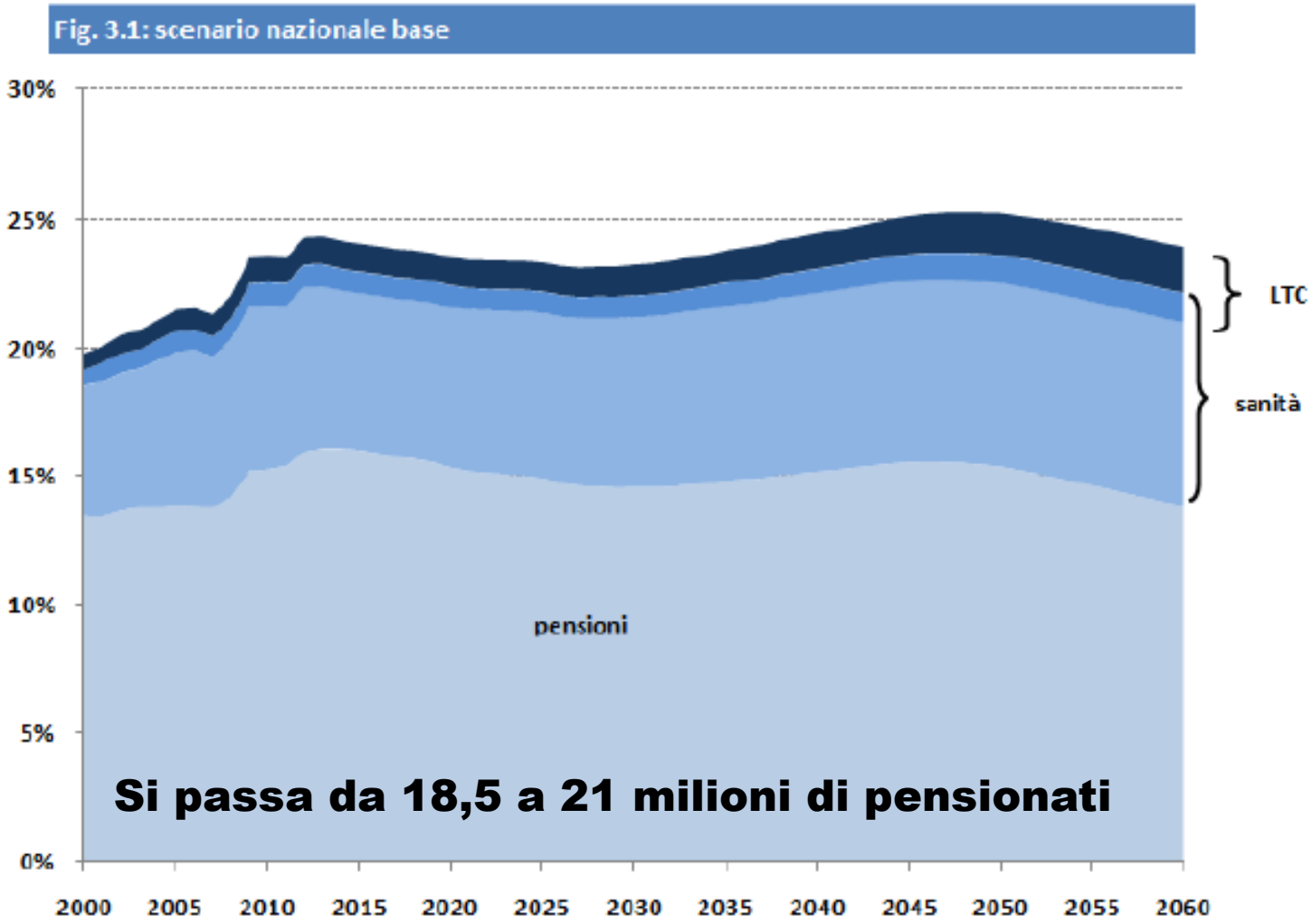
http://www.rgs.mef.gov.it/

La spesa per LTC lascia scoperte, oggi e domani, pericolosamente troppe persone e famiglie

Quale il giusto equilibrio tra pensioni e protezioni sociosanitarie ?

Figura 3: spesa pubblica complessiva per pensioni, sanità, LTC[1]

Spesa in rapporto al PIL



Si passa da 18,5 a 21 milioni di pensionati

Più salute con meno scuola, poca sanità, pochissima LTC, meno pensioni..... ? ?

Tabella 5: previsione della spesa pubblica per pensioni, sanità, LTC, scuola ed ammortizzatori sociali in percentuale del PIL - Scenario baseline EPC-WGA

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Pensioni[1]	13,9	15,3	16,0	15,6	15,2	15,1	15,5	16,0	16,2	15,9	15,1	14,5
Sanità[2]	6,7	7,3	6,9	7,1	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	8,1	8,2	8,2
- di cui componente LTC	*0,8*	*0,9*	*0,8*	*0,9*	*0,9*	*0,9*	*0,9*	*1,0*	*1,1*	*1,2*	*1,2*	*1,2*
LTC - comp. socio-assistenziale	0,8	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,6	1,7	1,7
Scuola[3]	4,2	4,1	3,9	3,8	3,6	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	3,7	3,6
Ammortizzatori sociali[4]	0,4	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Totale[5]	**26,0**	**28,4**	**28,8**	**28,3**	**27,8**	**27,8**	**28,6**	**29,3**	**29,9**	**29,9**	**29,3**	**28,7**

Davvero la “colpa” sta nelle troppe spese per LTC per troppi anziani ?

A4.1 - Spesa sanitaria in % del PIL per fascia d'età - *Pure ageing scenario* [a]

	2005	2010									2055	2060
Acute e Long Term Care												
[0-64]	3											3,2%
[65-79]												2,3%
[80+]												,9%
totale												,4%
Acute Care												
[0-64]												3,0%
[65-79]	1,7											2,1%
[80+]	0,7%										2,0%	2,1%
totale	5,9%	6,4%								,2%	7,2%	7,1%
Long Term Care												
[0-64]	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,		0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2		0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
[80+]	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%
totale	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%

La bassa spesa pubblica per LTC (1:3 vs acuzie) forse non affonderà i bilanci, ma la coesione sociale sì

Facciamo riconoscere alla politica il Distretto struttura specializzata per la NA

A5.1 - Spesa per LTC in % PIL e distribuzione per fascia di età e prestazione - *Pure ageing scenario* [(a)]

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Spesa LTC/PIL	**1,6%**	**1,9%**	**1,9%**			**2,2%**	**2,4%**	**2,5%**	**2,7%**	**3,0%**	**3,2%**	**3,3%**
Prestazioni sanitarie	0,8%							1,1%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%
Indennità accompagnamento									1,3%	1,4%	1,5%	1,6%
Altre prestazioni									0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
Distribuzione per fascia di età												
Spesa complessiva												
[0-64]										15,7%	14,7%	14,1%
[65-79]										19,6%	17,1%	15,6%
[80+]										64,7%	68,2%	70,2%
totale										**100%**	**100%**	**100%**
Prestazioni sanitarie												
[0-64]										22,8%	21,7%	21,3%
[65-79]										20,9%	18,5%	17,3%
[80+]										56,3%	59,7%	61,4%
totale									**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Indennità accompagnamento												
[0-64]	24,6%	22,4%						13,6%	12,0%	10,8%	10,0%	9,5%
[65-79]	26,7%	25,8%	23,6%			21,6%	22,2%	22,5%	21,1%	18,6%	16,0%	14,3%
[80+]	48,7%	51,8%	54,9%			61,0%	62,3%	63,9%	66,8%	70,6%	74,1%	76,2%
totale	**100%**	**100%**	**100%**			**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
Altre prestazioni												
[0-64]	24,0%	22,2%	20,4%	19,1%		16,4%	14,7%	13,0%	11,5%	10,5%	9,8%	9,6%
[65-79]	26,1%	24,4%	23,3%	22,0%	22,4%	22,1%	23,0%	23,3%	21,8%	19,2%	16,8%	15,6%
[80+]	49,8%	53,5%	56,3%	58,8%	59,6%	61,5%	62,3%	63,7%	66,7%	70,3%	73,4%	74,8%
totale	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

La buona politica fa confluire le risorse, non le disperde

IL DISTRETTO FORTE

IL GOVERNO DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI

Figura B.1

Spesa farmaceutica territoriale^ nel periodo 1988-2011 (Figura e Tavola)

Ci sono effetti collaterali per l'arresto di crescita della spesa ?

L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2011

Greece's financial crisis dries up drug supply

The Greek Government's austerity drive has inadvertently triggered problems with the country's drug supply, causing shortages of hundreds of medicines. Eva Karamanoli reports from Athens.

Greece's health sector seems to be sinking day by day, without any sign of recovery. The beginning of 2012 found patients queuing outside pharmacies to get their prescriptions filled. Instead of holding receipts of their social service funds in their hands, they were holding money. "We need to pay in cash and then, after months, get the money from social security", says Aggeliki Stavrou. Still, it's not certain that they will get the drugs needed.

In the past few months, according to the Panhellenic Association of Pharmacists, 500 commonly used drugs are in short supply. Among them, there are drugs for hypertension, gastroenterological disorders, cancer, kidney diseases, and painkillers. Pharmacists often turn to each other to exchange medicines to cover their clients' needs. "Every day we come across red codes in our computers in a variety of medicines most of which aren't in stock, or their availability is very low. We try to serve our clients by exchanging medicines among colleagues. Last week, I gave to a pharmacy in Perama Madopar (used in the treatment of Parkinson's disease) and they gave me Keppra (used to treat epilepsy)", says Georgia Fanourakis, a pharmacist in Pireaus, implying that there are times when even aspirin is in short supply.

A few months ago, the only reason for a patient being unable to get the medicine prescribed would be that the pharmacists were on strike. Now the drugstores are open but they are out of stock. Greece's drug supply is drying up because of several reasons, all linked to the country's financial crisis.

> "...international drug companies prefer to sell their products in countries other than Greece, due to the nation's financial situation."

Last year, the government mandated lower drug prices to cut down its medical expenses. Medical expenses were €2·4 billion in 2004, €5·2 billion in 2009, and dropped to €1·65 billion in 2011, after the measure was taken. However, the government's decision has fed a secondary market since wholesalers prefer to sell their products in other countries where the profit is higher. The situation gets more difficult because of how the Greek health system operates. Social service funds, according to the latest update, owe pharmacists €400 million. As a consequence pharmacists are unable to pay their suppliers and thus begins an endless cycle. That is the reason that pharmacists announced in mid-January that patients will be provided with medicine only if they pay in cash. But that is also difficult because there are people that cannot afford to do so.

In addition to the secondary market, and the social security blockage, international drug companies prefer to sell their products in countries other than Greece, due to the nation's financial situation. Also the companies that import medicine demand to be paid cash which is not possible nowadays. "Greece is financially unsafe for the international pharmaceutical companies", says Constantinos Lourantos, president of the Attica Pharmacists Association, implying that it is impossible for the pharmacists to pay their suppliers in cash. "Due to medicine shortage, the population's health is in great danger", adds Kostas Kouvaris, president of Pireaus Pharmacists Association. He blames the wholesalers and the drug makers, who demand to be paid in cash in order to supply the pharmacists. Among 12 000 pharmacies that operate, 800 are about to close and 200 have severe operational difficulties. "The measures taken—serving prescriptions paid in cash—are absolutely necessary", says Theodore Abatzoglou president of the Panhellenic Association of Pharmacists. He points out that the recent government law for the prices of medicine is inadmissible. It is the same law that also caused hospitals to run out of drug stocks. Because of the extremely low prices set by the government, international companies are not interested in supplying Greek hospitals with medicine. Health institutes are now mainly being supplied by companies that sell generic drugs at lower prices.

In mid-January, the Ministry of Health, due to patients being unable to get the drug prescribed, re-introduced a discount that pharmacists get from the wholesalers and promised that a percentage of the debt to pharmacists will be paid. These changes managed to end the pharmacists' mobilisation and, for now, prescriptions are served as per usual, that is if the drugs are available.

Eva Karamanoli

AP

Greek patients queue outside a pharmacy during the pharmacists' strike in January

Figura A.3

Serie storica 2002-2011 del totale delle DDD/1000 ab die per i farmaci territoriali^ di classe A-SSN

Quindi, da tempo: più terapie con gli stessi soldi.

^ *Esclusa la distribuzione diretta e per conto*

L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2011

SPESA FARMACEUTICA AVUD INDICIZZATA

Spesa convenzionata	Periodo		
Ente	2010	2011	previsione 2012
E03	[illegible]	96	85
E04	[illegible]	97	87
E05	[illegible]	96	82
Totale complessivo	[illegible]	[illegible]	86

Spesa non conv[illegible]			
Ente	[illegible]	[illegible]	[illegible]evisione 2012
E03	[illegible]	[illegible]	107
E04	[illegible]	[illegible]	83
E05	[illegible]	[illegible]06	102
E14	[illegible]	[illegible]	117
Totale complessivo	100	[illegible]	104

Note

Fonte: LiqEuro, Direzionali Verticali Insiel

E03=ASS3; E04= ASS4; E05=ASS5; E14=AOUUD

Questo spostamento sta andando a vantaggio dei pazienti?

Variabilità di costo-efficacia in due trattamenti farmacologici

Patologia	Farmaco	Effetti collaterali	Costo per QALY (euro)
Cancro al Pancreas	Erlotinib	Frequenti e pesanti	330.000-391.000
Ipertensione (paziente 65 anni)	Calcio antagonista a brevetto scaduto	Relativamente rari e quasi mai severi	1.890-2.430

Fonte:
Delivering affordable cancer care in high-income countries –Lancet Oncol 2011; 12:933-80
Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. NICE. Clinical Guideline 127. August 2011

Verso una Medicina frugale: razionare o evitare gli sprechi

- *La bioetica ha da molto tempo affrontato il tema del contenimento dei costi sanitari e delle modalità di allocazione delle scarse risorse disponibili, sottolineando l'importanza di mantenere una sorta di giustizia distributiva. Ma ora il dibattito si sta spostando da un modello di mero razionamento dei costi verso un concetto etico centrato sull'evitare gli sprechi. Questo cambiamento di approccio ha importanti conseguenze ed implicazioni sulle politiche sanitarie e sulla organizzazione dei servizi*.

- Recenti dati dagli U.S. A. indicano che l'entità degli sprechi in sanità (per interventi diagnostici e/o terapeutici da cui i pazienti non traggono reali benefici) raggiungerebbe il 30% del budget complessivo

Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. N Engl J Med 2012; 366: 1949
Bloche MG. Beyond the "R word"? Medicine's new frugality. N Engl J Med 2012; 366: 1951

LOW-COST MEDICINE

- "**Noi dobbiamo insegnare ai nostri pazienti che *più medicina* non è *migliore medicina* e che è il cattivo sistema sanitario a indurre i medici a prescrivere troppi esami e troppi farmaci, e che interventi costosi non significano affatto una migliore assistenza sanitaria.**

  Allo stesso modo con cui ci interessiamo dei loro bisogni personali, noi dobbiamo spiegare ai nostri pazienti che noi dobbiamo usare le nuove tecnologie mediche con prudenza e saggezza".

S. Palfrey, Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era, N Engl J Med 2011; 364:e21.

SINTESI

1. Abbiamo bisogni di politiche DIVERSE per la salute! La Corte dei Conti e l'OCSE sono con noi
2. Definiamo cosa serve davvero e facciamo solamente quello che porta valore, IN UN SERVIZIO PUBBLICO ! => DISTRETTO !!
3. Impariamo a "contare" … e raccontare (per essere più creduti) nuovi indici di virtuosità del distretto
4. Non sprechiamo risorse in tecnologie e over-professionalizzazioni; adottiamo una medicina frugale, etica e sostenibile PER TUTTI
5. Gli ospedali possono dimagrire
6. Potenziamo il DISTRETTO =>l'ADI, ancora poco credibile (usabile)
7. Perché non riusciamo a cambiare la povertà ?
8. La gente pensa soprattutto alle liste di attesa: aiutiamola a non sbagliare
9. Il Distretto diventi leader specializzato nella nonautosufficienza, per dare valore alle attuali e future (poche) risorse
10. Il Distretto può portare saggezza negli scenari per l'uso più ragionevole dei farmaci

POLITICHE PER lo <u>sviluppo</u> sostenibile della salute nei Distretti "forti"

Possibili le risorse aggiuntive ?

1. Analisi per la conoscenza

2. Sintesi per l’azione

Di quali politiche della salute necessitiamo per un distretto forte ?

come agire oggi ?

LETTERA APERTA
DEGLI OPERATORI DEI DISTRETTI SOCIOSANITARI della CARD

Sig. Presidente del Consiglio Sen. prof. Mario Monti, Ministro della Salute prof. Renato Balduzzi
Sigg. Membri del Consiglio dei Ministri
ED AI LORO SUCCESSORI IN CARICA

LETTERA APERTA DEGLI OPERATORI DEI DISTRETTI SOCIOSANITARI

Illustrissimo Signor Presidente del Consiglio, Illustrissimi Signore e Signori Ministri,

noi medici, psicologi, operatori delle professioni sanitarie, amministratori ed altri operatori dei distretti sanitari e sociosanitari soci della Associazione Scientifica CARD (Confederazione Associazione Regionale dei Distretti - www.carditalia.com) proponiamo alle SS.VV, in spirito collaborativo e propositivo, alcune riflessioni che si aggiungono alle recenti precisazioni e repliche sul tema della sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

1. A nostro parere occorre convenire su alcune premesse prioritarie, per fugare dubbi ed evitare equivoci:
   a) non può esistere crescita vera e duratura se i cittadini e le comunità perdono salute; se non vi è unanimità nel considerarla diritto dell'individuo, costituzionalmente sancito, ed anche interesse della collettività;
   b) non si raggiunge equità senza pari opportunità di accesso alle cure, alle occasioni di benessere e buona qualità di vita; se non si riduce il numero di persone svantaggiate o costrette ad impoverirsi per cercare la salute;
   c) non si ha rigore se nella ricerca della maggiore efficienza si penalizza l'efficacia; se non si sostiene il welfare con una fiscalità progressiva, anziché regressiva, che non consente evasione e distingue il valore delle attività sociosanitarie.

2. La Vostra dimestichezza con i documenti scientifici vi renderà agevole verificare che:
   a) il contributo della sanità alla salute è residuale rispetto a quello, ben maggiore, dei determinanti sociali: casa, lavoro-reddito, istruzione e cultura, habitat, trasporti. Intervenire su questi porta guadagno di salute e contribuisce alla tenuta e al miglioramento del benessere. La *evidenced based policy* facilita l'allocazione più sensata delle risorse pubbliche tra i settori, ma ogni decisione deve essere partecipata dalle comunità locali. Salute e democrazia, e viceversa;
   b) i sistemi sanitari pubblici, ovunque, mostrano performances superiori a quelli di tipo privato-assicurativo, in termini di resa e di spesa. Nel nostro Paese si rischia di perdere questo vantaggio, con le sue due più virtuose caratteristiche: l'universalismo e la solidarietà. Quest'ultima richiama il tema dell'evasione fiscale, da cui reperire, prima che altrove, le risorse oggi mancanti. In ogni caso, i cittadini-contribuenti vanno consultati su quanto intendono spendere per il welfare e la sanità pubblica; quanto proteggere la propria salute, globalmente intesa, con mezzi ed interventi pubblici;
   c) i sistemi fondati sulle cure primarie, e non su quelle specialistiche, sono di provata maggiore equità, efficacia ed efficienza. Nel nostro Paese non si è ancora colta del tutto questa opportunità, rendendo i distretti il luogo elettivo della costruzione e del governo di reti forte e moderne di cure primarie. Perdura l'errata visione tecnica di considerarle coincidenti con i servizi della medicina di famiglia e della farmaceutica convenzionata, per entrambe le quali anche in recenti provvedimenti si è persa l'occasione di inserirle bene nel "sistema", a scapito di gestioni autarchiche o autoreferenziali. Nel territorio occorre costruire sistemi di governance avanzata, non tanto con gerarchie sovraordinate, ma con migliore coordinamento dei molteplici attori, crescita delle capacità di autogoverno, decentramento di autonomie e responsabilità capillarmente diffuse. Questo è il primo mandato e lavoro dei distretti, in tutti i contesti nazionali. Con più adeguati strumenti e poteri potrebbero subito generare maggiori vantaggi, senza spese aggiuntive;
   d) il nostro SSN è tra i meno costosi dei Paesi ricchi. Dobbiamo permettercelo; la stessa Corte dei Conti ne ha colto la generale virtuosa dinamica di spesa; decurtarne ulteriormente i fondi significa strozzarlo, anche dove prevale efficienza. Viceversa, la spesa privata out of pocket è tra le più alte, fonte di iniquità. Anziché aumentarla per assicurazioni private o fondi integrativi, servono soluzioni innovative per (i) riportare nel SSN le risorse private (almeno 30 mld €), spese per lo più in duplicazione dei servizi pubblici; (ii) aumentare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa (e poco saggio spendere per cose inappropriate); (iii) diffondere le pratiche basate sull'evidenza scientifica e, soprattutto, il trasferimento della conoscenza verso l'azione (*knowledge translation to action*);
   e) in sanità gli approcci liberistici e le dinamiche di mercato producono risultati insoddisfacenti, così come non apporta vantaggi la competizione, anzi. Ogni proposta in tal senso va quindi considerata inconsistente, per noi inaccettabile;
   f) è discusso che la prima causa dei costi crescenti in sanità sia l'invecchiamento. L'OECD stima infatti che pesa solamente per lo 0,4%/anno rispetto alla crescita globale dei costi sanitari del 4,3%, dal 1970 al 2002. Ciò non toglie che sia opportuno, per ragioni etiche oltre che gestionali, rivedere la maggior parte dei percorsi di cura ed assistenza nella popolazione anziana, per evitare o fenomeni condannabili di rinuncia oppure temibili accanimenti diagnostici. Questo è vero soprattutto per i "grandi anziani"; ed è bene ricordare che tra pochi anni gli ultra80enni rappresenteranno il 10% della popolazione. Non sfugga in questo ambito l'emergenza del deficit cognitivo senile.
   Serve maggiore consapevolezza sul fatto che le tecnologie mediche costano molto, sono molto diffuse, sempre più, perfino con spinte consumistiche, pur spesso in assenza di una provata efficacia. Poniamo senza reticenze la questione del "cost disease". Distretti più attrezzati e forti possono qui intervenire come elemento di reale progresso.

3. Il nodo centrale oggi è il rapporto ospedale territorio; solo il potenziamento del territorio può elevare l'efficienza dell'ospedale. Viceversa, il nostro SSN non cessa di essere ospedalocentrico, salvo poi preoccuparsi che costa troppo. Siamo fortemente convinti del valore della spending review, ma secondo noi va diversamente condotta verso la parte territoriale ed ospedaliera, in quanto specializzazione con elevata attrazione su scala nazionale, tale da richiedere gestione autonoma in Aziende separate. Tenuto conto del valore dei sistemi sanitari unici ed unitari, è conveniente inserire gli altri ospedali nelle Aziende Sanitarie territoriali, così da raccordarne il lavoro con quello dei distretti, da facilitare la continuità delle cure, le collaborazioni, il migliore equilibrio tra offerta/produzione in linea con le evidenze epidemiologiche locali, il progresso professionale e l'integrazione trans-specialistica, l'ottimizzazione della ripartizione delle risorse tra territorio ed ospedale, l'assenza di duplicazioni delle tecnostrutture aziendali.

4. Costruire distretti forti significa poter realizzare servizi alternativi all'ospedale, non solamente complementari:
   a) con l'assistenza ambulatoriale, mediante la revisione
      - della medicina generale: con forme innovative di aggregazioni-associazioni governate dal distretto, da improntare non tanto all'aumento dell'offerta oraria ma al lavoro di proattività, e non più solo di attesa, con vantaggio per i pazienti ed impatto positivo sul funzionamento dei Pronto Soccorsi, ben oltre a quanto ottenibile dalle azioni previste nel recente "Decreto Balduzzi". Questi potrebbero potenziare le proprie continuità di servizio negli orari diurni, spostando qui - dove la domanda è più elevata – parte dei medici della continuità assistenziale ora impiegati nelle ore notturne, perlomeno nelle zone in cui è disponibile anche un Pronto Soccorso, la cui chiusura risulta irrealizzabile;
      - della medicina specialistica: condizionata dalle logiche dell'offerta, spesso però ridondante quando di parte pubblica ed opportunistica quando privata (convenzionata-accreditata). Il governo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali va affidato al distretto, che deve impegnarsi anche per educare la domanda: una valida riforma a costo zero.
   b) con l'assistenza domiciliare: la sua committenza va posta unicamente in capo al distretto, che deve concretizzare questo livello essenziale di assistenza (LEA) con lo standard di apertura 24 ore-die/7 gg settimana, con presenza congiunta di medici ed infermieri, arricchiti di tecnologie per l'home care, ovunque nel Paese, per assicurare così cure a casa anche complesse, alternative al ricovero e/o all'istituzionalizzazione. I cittadini aspettano tutto questo, che ci pare non ulteriormente rinviabile. È un programma realizzabile progressivamente in un quinquennio, se lanciato con determinazione. Non impone grandi investimenti, ed ha costi di gestione inferiori a quelli di reparti di piccoli ospedali. Ideale sarebbe integrarvi servizi socioassistenziali aperti 12 ore/die. Una presenza istituzionale così articolata e garantita rappresenterebbe il più concreto riconoscimento dello straordinario lavoro delle famiglie, occasione per fondere virtuosamente cure formali ed informali;
   c) con l'assistenza residenziale e semiresidenziale: realizzando strutture intermedie "a misura d'uomo", a regia e/o gestione distrettuale, anche da riconversione di presidi ospedalieri (non fatiscenti), poste in continuità con l'assistenza domiciliare, in primis per persone anziane o disabili. Questo network può costituire alternativa ad almeno il 30% dei posti letto di medicina interna/generale (dai costi molto più elevati e dai risultati più scadenti) ed alla totalità di quelli per "lungodegenza ospedaliera" (obsoleti e privi per lo più di vocazioni riabilitative/riacquisitive). Gli investimenti sarebbero ammortizzati nel giro di pochi anni, con rientro della spesa ospedaliera (corrente e per investimenti), senza incorrere in "effetti collaterali maggiori".

In questo scenario, il distretto diventa il primo alleato
- degli Enti locali, rendendo accettabile la riconversione dei piccoli ospedali grazie all'offerta di queste alternative, senza privare la popolazione di percezioni di sicurezza e di realtà occupazionali spesso significative;
- della comunità locale, per liberare le numerose risorse presenti nel territorio con il suo lavoro di prossimità.

Merita dare valore al distretto non tanto per "deospedalizzare" (pur in modo intelligente), quanto per "riospitalizzare il territorio", prima risposta alle sfide di questi tempi difficili.

5. Potenziare i distretti significa aumentare le probabilità di affrontare incisivamente la maggiore attuale criticità, sottolineata con forza da cittadini e tecnici: "l'epidemia" della cronicità e della non autosufficienza. Infatti, questa oggi è la priorità emergente, non più, salvo in zone delimitate, la risposta all'acuzie, di competenza dell'ospedale. Il mondo dei bisogni di cura ed assistenza di lungo termine (c.d. "cronicità") è del suo portato estremo, la non autosufficienza, riguarda molti milioni di persone, tra pazienti e familiari, che non possono essere lasciate sole a fronteggiare sofferenze e spese spesso schiaccianti. Per questo occorre dare centralità al distretto, cui vanno affidate, con adeguati provvedimenti, risorse e strumenti ad hoc, per renderlo struttura specializzata nel realizzare l'erogazione (con fattori produttivi propri od esterni) di prestazioni di cura e riabilitazione; nello svolgere funzione di governo volta a superare l'attuale frammentazione di competenze e responsabilità, la dispersione delle risorse in campo; nel favorire il passaggio a servizi di proattività (e non solo di attesa); di prevenzione e riabilitazione (e non solo di riparazione).
Un distretto più attrezzato potrà soddisfare meglio le esigenze di continuità ed integrazione, intrasanitaria, sociosanitaria ed anche intersettoriale; rendere più facile alle persone l'accesso ad efficaci informazioni, l'orientamento ed un primo accompagnamento-sostegno nelle difficoltà emergenti per cure ed assistenza; il supporto multiprofessionale nei percorsi complessi; infine, più adeguati tempi di presa in carico. Rinviare ulteriormente tutto questo ci espone al rischio di caduta del sistema e della coesione sociale, tenuto conto della crescente impossibilità delle famiglie a soddisfare direttamente questi bisogni, a causa delle ridotte capacità di spesa e della diminuita disponibilità a poter assistere direttamente il familiare, per contingenze sociali (prevalgono le famiglie monocellulari, i figli unici, ecc.) od impegni lavorativi (da rinvio dell'età pensionabile, a seguito della riforma, che ha coinvolto soprattutto le donne, da sempre principali care givers).

Evidenze e buone prassi indicano il ruolo da protagonista del distretto per il cambiamento.