

THEMA

Protagonisti della sanità numero 3 2010

CLAUDIO BURLANDO MASSIMO TEMUSSI
GIUSEPPE ZUCCATELLI MARIO MORLACCO
SALVATORE CIRIGNOTTA CLAUDIO SCAGLIONE



Piani di rientro

Fuori Thema

I piani di rientro come opportunità di cambiamento per migliorare l'offerta sanitaria e la qualità dei servizi: è questo l'approccio assunto da tutte le Regioni coinvolte nel risanamento del proprio bilancio, anche da quelle per le quali il percorso di attuazione di questi piani è ancora tutto in salita.

Il rigore richiesto nella gestione delle risorse economiche e nella ridefinizione degli assetti organizzativi non deve essere di ostacolo alla possibilità di erogare servizi sanitari con standard di qualità elevati. La sfida posta dai piani di rientro è infatti proprio quella di riuscire a rispondere in modo più efficiente alla domanda di salute dei cittadini, intensificando la lotta agli sprechi e eliminando aree di inefficienza.

Il successo di questa operazione risiede anche nella capacità degli organi competenti di informare e coinvolgere gli utenti nel processo in corso, in modo che non percepiscano come diminuita la tutela del proprio diritto alla salute e possano cogliere i vantaggi di una sanità più moderna e al passo con i tempi.



Scelte razionali per offrire ai cittadini servizi di qualità
CLAUDIO BURLANDO

5



Rigore nella gestione e qualità dei servizi: l'unione fa la forza
MASSIMO TEMUSSI

7



Informare e coinvolgere la cittadinanza per favorire la riorganizzazione della sanità
GIUSEPPE ZUCATELLI

9



Piani di rientro: dalle cause alle soluzioni per offrire risposte efficaci
MARIO MORLACCO

11 I vantaggi di riorganizzare la sanità regionale

THEMA numero 3 2010

Supplemento al n. 3 - 2010 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma
www.pensiero.it
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2010 Photos.com

Stampa: Arti Grafiche Tris
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma
Finito di stampare
nel mese di ottobre 2010

© Il Pensiero Scientifico Editore srl
La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di *Thema* sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.



SALVATORE CIRIGNOTTA



CLAUDIO SCAGLIONE



Scelte razionali per offrire ai cittadini servizi di qualità



INTERVISTA A

**CLAUDIO
BURLANDO**

Presidente della Regione Liguria



Dalla politica alle politiche sanitarie in un sistema sanitario decentrato: quale ruolo conservano le Regioni tra autonomia, responsabilità e ripetuti interventi centrali?

La Regione Liguria è stata l'unica – tra quelle che erano state sottoposte all'“affiancamento” governativo – a riconquistare la propria autonomia, raggiungendo per gli ultimi tre anni della scorsa legislatura il pareggio dei conti sanitari. Con una razionalizzazione che non ha penalizzato la qualità del servizio, ma anzi ha esteso i presidi sul territorio, siamo rientrati da un disavanzo complessivo di 852 milioni di euro, riuscendo anche a eliminare le addizionali IRE per tutti i contribuenti sino a 30.000 euro di reddito (l'85% dei contribuenti) e mantenendo inalterata l'IRAP per la quasi totalità delle aziende. L'autonomia è preziosa per calibrare il servizio sulle esigenze specifiche di un territorio: penso, per esempio, nel nostro caso all'alta incidenza

della popolazione anziana. Proprio su questo punto, però, per il 2010 abbiamo subito una scelta governativa secondo noi grave e errata, che ha tagliato pesantemente la quota di finanziamenti destinati alla Liguria, riaprendo una notevole difficoltà di bilancio proprio quando stavamo ripartendo per rilanciare il servizio sanitario regionale.

La cosiddetta 'logica emergenziale' può rappresentare un ostacolo ad una programmazione coerente e centralmente coordinata per migliorare efficienza e appropriatezza, riducendo gli sprechi?

Certamente l'emergenza difficilmente è buona consigliera. Anche se non trascuro il fatto che quando si è obbligati a compiere scelte drastiche, questo può aiutare a introdurre anche le innovazioni necessarie. La Regione Liguria ha già approvato, in questo inizio della nuova legislatura, una 'riforma' dell'assetto sanitario della Regione che elimina doppioni e irrazionalità nell'offerta ospedaliera e ci consente risparmi pari a circa l'1% della spesa. Un risultato di tutto rispetto. Si tratta di scelte molto impegnative, che – pur avendo riconquistato la nostra autonomia – abbiamo scelto di definire in rapporto costante con il Ministero, in un clima di ritrovata collaborazione. Abbiamo chiesto al governo che riconosca per quest'anno l'esigenza di sostenere un centro di eccellenza come l'Ospedale Pediatrico Gaslini (analogamente a quanto viene fatto per il Bambin Gesù di Roma), e che siano ripristinate dall'anno prossimo le quote relative all'alta incidenza del-

Scelte razionali e calibrate sulle esigenze del territorio hanno consentito alla Liguria di ottenere il pareggio dei conti

la popolazione anziana in Liguria. Se queste proposte troveranno riscontro, la Liguria potrà proseguire il cammino per migliorare la qualità e l'economia complessiva dell'offerta sanitaria senza imporre nuove tasse, unendo le scelte autonome alla capacità di stare nel contesto di un servizio nazionale, e guardando alle esperienze delle Regioni che in questi anni hanno ottenuto risultati migliori, non a caso grazie anche alla stabilità politica. Una condizione che in Liguria si è creata per la prima volta con la conferma della nostra amministrazione anche nella nuova legislatura. ■



Rigore nella gestione e qualità dei servizi: l'unione fa la forza



INTERVISTA A

MASSIMO TEMUSSI

Direttore Generale, Assessorato alla Sanità
Regione Sardegna

La ripetuta necessità di predisporre piani di rientro dal disavanzo condiziona il quadro della sanità italiana, caratterizzandolo in uno stato di perenne emergenza. Qual è il suo parere al riguardo?

Il concetto di emergenza non è strettamente riconducibile ai piani di rientro, diventati necessari per ridare rigore gestionale alle Regioni che non hanno mai intrapreso modelli virtuosi nell'amministrazione della sanità, e che oggi, per una mancanza di pianificazione e di programmazione, sono costrette a fare scelte 'pesanti' che si traducono in misure definite 'urgenti'. In realtà, è soprattutto il frutto di inadempienze continue e di incapacità nel fare scelte prioritarie. A diciotto anni dalla principale legge di riforma della sanità, in alcune Regioni il processo di 'aziendalizzazione' risulta clamorosamente inapplicato sia nella pianificazione e nella programmazione

che nei sistemi di controllo di gestione, completamente inadeguati a supportare scelte molto complesse come quelle da affrontare nel campo sanitario.

I piani di rientro sono un intervento solo di natura economica o possono essere visti come un'opportunità di cambiamento?

A mio avviso sono opportunità di cambiamento, sebbene i mondi della salute e delle finanze in alcuni casi appaiano a prima vista inconciliabili. In realtà, i fatti danno ragione a chi ha dimostrato rigore nell'aspetto gestionale, riuscendo a garantire un'offerta sanitaria più efficiente e di migliore qualità. Invece, la Regione Sardegna, negli anni 2007-2009, ha disatteso il piano di rientro, valutato negativamente dal Ministero, e, caso unico in Italia, ha addirittura aumentato ulteriormente il proprio disavanzo. È importante riprendere la via del rigore gestio-



nale e della qualità dei servizi sanitari, che sono assolutamente compatibili. Abbiamo compiuto ora un passo importante con il 'Patto di buon governo', deliberato recentemente dalla Giunta regionale, che definisce i percorsi di miglioramento sanitario ed economico, concordati tra Assessorato della Sanità ed aziende del Servizio Sanitario Regionale, che hanno poi sottoscritto il documento.

La letteratura internazionale è concorde: la ridefinizione dell'assistenza ospedaliera e la conseguente riduzione dei posti letto negli ospedali per acuti migliora la qualità dell'assistenza e riduce i costi sanitari. Perché è così difficile

convincere i cittadini dell'opportunità di riconvertire alcune strutture obsolete o ridondanti?

È ancora una realtà la presenza di strutture ospedaliere, prevalentemente periferiche, che in alcuni casi non riescono a remunerare neanche il 50% dei propri costi. Il cittadino percepisce la presenza di un ospedale nel proprio territorio come sicurezza e tutela della domanda sanitaria. In realtà, proprio in questi presidi, che presentano carenze di personale, di strutture e/o di tecnologie adeguate, si nascondono le maggiori insidie di malasanità, che, oltre a creare pericolo per l'assistito, continuano ad alimentare buchi nel bilancio della sanità pubblica. Una ricetta può essere la loro riconversione in presidi terri-

toriali (per esempio, poliambulatori integrati territoriali, strutture sociosanitarie, RSA, etc.), che garantiscano una risposta efficiente, ospitino anche i medici di medicina generale e propongano servizi aperti 24 ore su 24, garantendo presenza e prima emergenza.

Questo consente di lasciare spazio nella cura delle acuzie alle strutture ad alta specializzazione, che garantiscono – attraverso casistiche elevate – una giusta correlazione fra qualità e frequenza dell'assistenza nei centri cittadini più importanti, ormai raggiungibili in modo appropriato (per esempio, con l'elisoccorso). Risulta fondamentale la comunicazione e la concertazione per garantire alla popolazione di conoscere i problemi e le opportunità che questo nuovo disegno propone. ■

La trasformazione delle strutture ospedaliere periferiche in presidi territoriali efficienti è la risposta ai dubbi dei cittadini sulla riconversione della rete ospedaliera



Informare e coinvolgere la cittadinanza per favorire la riorganizzazione della sanità



INTERVISTA A

**GIUSEPPE
ZUCCATELLI**

Subcommissario ad acta
alla Sanità
Regione Campania



La strada per avere ospedali più sicuri passa attraverso la riduzione dei posti letto negli ospedali per acuti e la riorganizzazione di tutta la rete ospedaliera. Perché è così difficile convincere i cittadini dell'opportunità di riconvertire alcune strutture obsolete o ridondanti?

Tutti i cambiamenti sono di difficile attuazione. In questo caso il processo è reso ancora più difficile perché a cambiare deve essere, innanzitutto, il modello culturale di riferimento. In Campania vige, infatti, una cultura ospedalocentrica che produce non solo un grave appesantimento della gestione economica, ma anche inappropriata delle prestazioni. Se a questo si aggiunge che una visione miope di certa politica ha trasformato la questione dell'ottimizzazione delle risorse in mere questioni di campanile, allora

La tutela della salute dei cittadini è l'obiettivo prioritario del piano di razionalizzazione delle spese e riorganizzazione della sanità

ben si comprende come la vicenda diventi ancora più complicata. La soluzione, non semplice, va cercata in un coinvolgimento della gente in questo necessario processo di razionalizzazione della rete ospedaliera. Una campagna di comunicazione capillare ed efficace finirà col rendere noto a tutti quello che, di





fatto, già avviene nelle scelte dei cittadini. All'ospedale sottocasa già oggi i cittadini preferiscono l'ospedale sicuro, come si ricava dall'analisi dei flussi di provenienza dei pazienti ricoverati. Riconvertire alcune strutture, potenziare il trasporto infermi e rendere sicuri tutti gli ospedali inseriti nella rete dell'emergenza è quindi un obiettivo che mira a tutelare sempre meglio la salute dei cittadini e a dare maggiori garanzie anche agli stessi operatori sanitari.

È dello scorso luglio la presentazione del Rapporto OSMED sull'uso dei medicinali nel 2009: quali strategie ritiene si possano attuare per correggere le più macroscopiche anomalie evidenziate dagli studi di epidemiologia del farmaco nella sua Regione?

Anche qui bisogna lavorare sul cambiamento del modello culturale e sconfiggere l'abitudine ad utilizzare il farmaco quale unico rimedio a stili di vita errati. In questo è necessario il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei farmacisti che, essendo le linee avanzate sul territorio dell'intero sistema assistenziale, finiscono col rappresentare l'interfaccia tra il paziente ed il Sistema Sanitario Regionale. Le medicine usate male sono dannose non solo per l'economia del sistema, ma per lo stesso paziente. La Regione ha già avviato un percorso finalizzato all'utilizzo razionale ed appropriato del farmaco, da una lato informando e formando operatori sanitari e cittadini, dall'altro con provvedimenti miranti al miglioramento continuo dell'assistenza prestata sul territorio e alla razionalizzazione della spesa, a partire dalle fasce di farmaci maggiormente incidenti sulla spesa farmaceutica regionale.

Come valuta i recenti accordi conclusi con la sanità privata?

Il recente accordo concluso con l'ospitalità privata, così come con le altre categorie, va nella direzione di garantire un'assistenza di qualità pur consentendo un contenimento dei costi.

Era necessario mettere dei paletti e l'abbiamo fatto ricorrendo ai tetti di spesa ed accelerando il processo di accreditamento definitivo, perché altrimenti si rischiava l'implosione dello stesso sistema.

Fatto questo, però, va detto con chiarezza che la distinzione tra sanità pubblica e privata è assolutamente artificiosa perché, a ben vedere, si tratta delle due gambe di un unico sistema: quello pubblico, chiamato a garantire la salute dei cittadini. A finanziare la sanità, infatti, è sempre lo Stato per cui il cittadino continua ad essere assistito gratuitamente. ■

Piani di rientro: dalle cause alle soluzioni per offrire risposte efficaci



INTERVISTA A

MARIO MORLACCO

Subcommissario, Ufficio del commissario per l'attuazione del piano di rientro, Regione Lazio



I piani di rientro sono un intervento solo di natura economica o possono essere visti come un'opportunità di cambiamento?

I piani di rientro non costituiscono solo un intervento di natura economica. La loro costruzione parte dalla ricognizione delle cause che hanno determinato lo squilibrio economico-finanziario per elaborare un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale. Detto programma individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Il principio è quello per cui l'organizzazione efficiente e la razionalizzazione dei servizi sono fonti di economia.

La letteratura internazionale è concorde: la ridefinizione dell'assistenza ospedaliera e la conseguente riduzione dei posti letto negli ospedali per acuti migliora la qualità dell'assistenza e riduce i costi sanitari. Perché è così difficile convincere i cittadini dell'opportunità di riconvertire alcune strutture obsolete o ridondanti?

Innanzitutto non è la mera riduzione di posti letto che migliora la qualità dell'assistenza, ma la riconfigurazione della rete degli ospedali, in modo che sia costituita da strutture moderne e tecnologicamente avanzate, e la riconversione degli ospedali piccoli e pericolosi in strutture territoriali residenziali e ambulatoriali. Gli ospedali vanno poi organizzati mediante collegamenti in rete tra di loro per livelli di complessità e specialità nonché col territorio garantendo la presa in carico, l'avvio ai percorsi e la continuità assistenziale. Questi principi dovevano diventare patrimonio della collettività, prima con la condivisione delle forze politiche e sociali e poi mediante un idoneo piano di comunicazione ed educazione dei cittadini. Ciò non è avvenuto e il risultato sono esternazioni quali: "giù le mani dall'ospedale", l'ospedale non si tocca", e così via, che esasperano la collettività sul tema.

Rinegoziare gli accordi con la sanità privata può tradursi in un contenimento della spesa conservando un'assistenza di qualità?

È semplicistico il riferimento alla rinegoziazione degli accordi in termini economicistici di contenimento

Il sistema privato non deve prescindere dai vincoli legati alla disponibilità delle risorse

della spesa. Il sistema privato svolge un ruolo fondamentale nel servizio sanitario, ruolo che va rispettato così come va rispettata la dignità di chi vi si è dedicato. Detto sistema, però, non può pensare di essere intoccabile o di aver diritto a rendite di posizione non compatibili con i vincoli legati alla disponibilità di risorse. Pur con la peculiarità dell'ambito in cui opera, deve adattarsi alle esigenze di programmazione, essere flessibile e, se necessario, accettare anche la sfida delle riconversioni non solo in strutture territoriali, ma anche in quelle di alta complessità. ■



I vantaggi di riorganizzare la sanità regionale



INTERVISTE A

**SALVATORE
CIRIGNOTTA**

Direttore Generale ASP Palermo



**CLAUDIO
SCAGLIONE**

Direttore Sanitario
Policlinico di Palermo

Quale impatto economico e assistenziale può avere la ridefinizione degli assetti organizzativi della sanità regionale?



CIRIGNOTTA. La risposta mi pare scontata: l'impatto in questione è enorme.

Basti pensare che ogni azienda sanitaria territoriale (in Sicilia ASP) è finanziata su base capitaria con qualche piccolo aggiustamento dovuto a particolari situazioni (presenza isole, numero degli anziani, etc). Quindi ogni azienda sanitaria territoriale ha un finanziamento pressoché identico, proporzionato alla propria popolazione. Le aziende di una stessa o di diverse Regioni assicurano però ai propri utenti prestazioni quali-quantitative diverse: evidentemente questo si spiega con la presenza di sprechi o di altre situazioni negative, derivanti principalmente da problemi di organizzazione.



*Il nuovo assetto organizzativo
in Sicilia offrirà la risposta appropriata
alla domanda di salute degli utenti
senza tralasciare le esigenze
delle aziende ospedaliere e sanitarie*

Con la Legge Regionale n. 5/2009 la Regione siciliana ha modificato profondamente l'assetto organizzativo della sanità dell'isola per renderla in grado di offrire livelli adeguati di completezza e qualità dell'assistenza, anche in termini di appropriatezza, utilizzando modelli in sintonia con il principio di economicità e di ottimizzazione delle risorse. Si è quindi proceduto a ridurre – razionalizzando il sistema – il numero delle aziende territoriali e ospe-



daliere e si è dato a ciascun territorio provinciale il compito di organizzare, secondo un quadro unitario, la risposta appropriata alla domanda di salute della popolazione utente, armonizzando le esigenze del territorio con quelle delle aziende ospedaliere che vi operano. Interventi di bacino o regionali servono a equilibrare i servizi delle varie province, eliminare doppioni non giustificati dalla domanda e/o comunque, dal dato epidemiologico, contenere i costi mediante il ricorso a gare di bacino o regionali.

Lo spostamento di risorse dal momento organizzativo inadeguato alla produzione sanitaria vera e propria (fortunatamente ben misurabile in termini economici) è un processo ben avviato, i cui frutti saranno a breve pienamente apprezzabili.



SCAGLIONE. La riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto previsto dalla legge 5, avrà a regime dei vantaggi sia di tipo economico che assistenziale perché coniugherà maggiormente efficacia, efficienza, appropriatezza e qualità delle prestazioni rese. In sostanza riusciremo a coniugare una migliore qualità delle prestazioni con la riduzione delle spese.

La letteratura internazionale è concorde: la ridefinizione dell'assistenza ospedaliera e la conseguente riduzione dei posti letto negli ospedali per acuti migliora la qualità dell'assistenza e riduce i costi sanitari. Perché è così difficile convincere i cittadini

dell'opportunità di riconvertire alcune strutture obsolete o ridondanti?



CIRIGNOTTA. L'appropriatezza della risposta sanitaria, anche rispetto ai modelli di erogazione (ricovero ordinario, DH, DS, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare, etc), è in continua evoluzione ed è connessa fortemente al progresso delle soluzioni scientifiche e della tecnologia. Molte prestazioni ospedaliere sono tutt'oggi ampiamente inappropriate (e conseguentemente anche antieconomiche) soprattutto nelle Regioni meridionali del Paese. I cittadini, specialmente quelli del

sud, a causa della scarsa fiducia che ripongono nell'efficienza e nella tempestività della pubblica amministrazione, temono di perdere un ospedale (che comunque nell'immaginario resta la risposta più tranquillizzante e completa) per ritrovarsi senza altre valide soluzioni alternative, asseritamente più diffuse, efficaci e appropriate.



Questo però non è il solo motivo. In molti casi è la struttura da riconvertire che fa resistenza al cambiamento. I dirigenti, che temono la perdita del ruolo o la perdita di posizione, creano allarmismi ingiustificati tra la popolazione e stimolano dannosi campanilismi, ingenerando l'idea che la trasformazione dell'ospedale provocherà un abbassamento del livello di assistenza (cosa non vera, perché con la spesa per mantenere posti letto utilizzati per ricoveri inappropriati si può finanziare una miriade di servizi terri-

*Nonostante
le ripercussioni
dei piani di rientro,
aumenta
la consapevolezza
di dover gestire
meglio le risorse
disponibili*

toriali, che poi sono quelli ai quali larghe fasce di utenti fragili, cronici, disabili, etc. fanno ricorso costante). Non mancano infine gli ostacoli frapposti da classi politiche che vogliono solamente galoppare malintesi campanilismi e preoccupazioni degli utenti.

La sfida sta quindi nell'attuare il potenziamento dei servizi territoriali, e quindi la maggiore quantità, qualità e appropriatezza dei servizi stessi, in concomitanza con la riduzione/riconversione dei posti letto ospedalieri.





SCAGLIONE. A tutt'oggi la cittadinanza non ha acquisito la consapevolezza che l'ospedale deve gestire preferibilmente le patologie acute. Prevale ancora un cultura ospedalocentrica, anche perché la sanità territoriale non ha raggiunto il grado di efficienza previsto per soddisfare adeguatamente la domanda di salute. A questo proposito un ruolo determinante potrà essere svolto dai previsti Presidi Territoriali di Assistenza (PTA). Si vorrebbe trovare tutto nell'ospedale più vicino, possibilmente sotto casa, ma questo non è possibile per ovvie ragioni.

I piani di rientro sono solo una manovra regionale o vengono percepiti anche dai singoli professionisti che lavorano nell'ambito della sanità?



CIRIGNOTTA. I piani di rientro costituiscono un presupposto e allo stesso tempo un mezzo di riqualificazione dei servizi sanitari. Infatti, se approntati correttamente, non consistono in tagli indiscriminati di spesa, ma in soluzioni di razionalizzazione della spesa e di trasformazione dei modelli organizzativi secondo standard di efficacia/appropriatezza ed economicità. Alla fine, mi sembra che piano di rientro e ridefinizione degli assetti organizzativi siano facce della stessa medaglia. Non tutti i professionisti che lavorano in sanità percepiscono questa stretta connessione. Per lo più c'è chi percepisce la necessità che i costi non superino il finanziamento disponibile, ma non



sempre ciò si accompagna alla consapevolezza che nessun piano di rientro funziona veramente se non è accompagnato e/o costituito da profonde modifiche organizzative. Il rapporto piano di rientro/modifiche organizzative è percepito, ma non sempre in termini di ineludibilità, soprattutto se le modifiche organizzative coinvolgono il proprio ruolo aziendale o la struttura di appartenenza. Solo in caso di coinvolgimento forte nell'elaborazione dei progetti di modifica organizzativa/piano di rientro il dirigente sanitario partecipa consape-

volmente ai processi di trasformazione organizzativa e di ottimizzazione delle risorse.



SCAGLIONE. Il piano di rientro ha avuto ripercussioni, non ancora esaurite, nel mondo degli addetti alla sanità, spesso percepite come tagli. Ma i professionisti sanitari sono consapevoli che ci sono ampi margini di intervento per continuare a ridurre gli sprechi ancora presenti, seppure in maniera ridotta, ed a gestire al meglio le risorse disponibili. ■



La nostra passione
per la scienza...
è una promessa per la vita



Scoperta



Salute

