

THEMA

Protagonisti della sanità *numero 4* 2012

GAETANO SIRNA ANTONIO MARIA SORU
MARIO MARTINA MARIATERESA BIANCO

Speciale **Stato-Regioni**

RENATO BALDUZZI VASCO ERRANI
LUCA ZAIA LUCA COLETTI
ETTORE ATTOLINI



*Sistema sanitario:
tra spending review e decreto salute*

Fuori Thema

Appropriatezza, innovazione, trasparenza, valorizzazione del merito, responsabilità sono tra le parole chiave più significative menzionate dai nostri interlocutori per garantire efficienza e qualità nell'erogazione delle prestazioni del nostro sistema sanitario in un momento economicamente difficile.

Le iniziative per ottenere una maggiore razionalizzazione delle risorse spaziano dai miglioramenti organizzativi all'interno delle singole strutture e nel raccordo tra ospedale e territorio, a scelte mirate nel campo della formazione del personale, alla promozione di politiche di prevenzione che riguardano gli stili di vita, a una migliore integrazione ed equilibrio tra il pubblico e il privato.

Quello che tutti auspicano è che, anche nei momenti più difficili, sia sempre garantita l'universalità di accesso alle cure per tutti i cittadini indipendentemente dalla loro condizione socioeconomica e che si agisca per far sì che ogni cittadino sia sempre curato al meglio.

3



Appropriatezza clinica e efficienza nell'erogazione delle prestazioni per rispondere ai bisogni di salute

GAETANO SIRNA

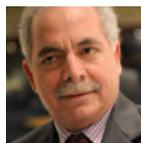
5



Formazione del personale sanitario e informazione ai cittadini: due strumenti per una sanità sostenibile

ANTONIO MARIA SORU

7



Spendere meglio per spendere meno: obiettivo primario in sanità

MARIO MARTINA

8



Le novità della farmacovigilanza e l'impiego ottimale delle risorse

MARIATERESA BIANCO

Speciale Stato-Regioni

11



Per un servizio sanitario al passo con la sfida del rinnovamento

RENATO BALDUZZI

13



Le strategie per mantenere alti i livelli della qualità della sanità italiana

VASCO ERRANI

15



Scelte politiche attente alle Regioni virtuose

LUCA ZAIA

17



L'impegno delle Regioni per una spending review virtuosa

LUCA COLETTI

ETTORE ATTOLINI

THEMA numero 4 2012

Supplemento al n. 4 - 2012 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
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2013 Photos.com

Stampa: Arti Grafiche Tris
Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma
Finito di stampare nel mese di gennaio 2013

© 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.



Appropriatezza clinica ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni per rispondere ai bisogni di salute



INTERVENTO DI

GAETANO SIRNA

Commissario Straordinario,
ASP Catania

Nella sua esperienza, intervenire per incrementare l'appropriatezza delle prestazioni può garantire, e in quale misura, un miglioramento del quadro economico di un'Azienda Sanitaria?

In sanità erogare le prestazioni nel setting organizzativo e clinico-assistenziale più appropriato a rispondere ai bisogni di salute del paziente coincide spesso con il concetto di economicità dei sistemi di cura. Per ottenere efficienza è necessario coniugare appropriatezza professionale e appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di accoppiare, utilizzando la giusta quantità di risorse professionali e tecnologiche, le evidenze scientifiche alle più adeguate modalità di erogazione delle prestazioni. D'altronde in ambito sanitario vi sono condizioni nelle quali, nella pratica giornaliera, si è riusciti a coniugare efficienza ad appropriatezza. Un esempio di intervento che, applicato correttamente, ha comportato un miglioramento nei costi sopportati dalle Aziende è rappresentato dall'introduzione delle linee guida per l'antibiotico-profilassi preoperatoria. Infatti l'utilizzo appropriato dell'anti-



L'erogazione di prestazioni appropriate rispetto ai bisogni di salute coincide con il concetto di economicità dei sistemi di cura

biotico (la giusta molecola e la giusta dose, ossia una fiala un'ora prima dell'intervento) ha comportato, nella certezza dell'efficacia dell'azione svolta in termini di prevenzione delle infezioni, un risparmio per l'Azienda (un tempo si somministrava l'antibiotico per più giorni con costi certamente più elevati) e una sicurezza per il paziente, riducendo anche il rischio di antibioticoresistenza. In ogni caso è necessario sottolineare che spesso, nel dibattito in corso anche fra operatori del settore, si tende ad affermare il concetto che una parte sostanziale dell'assistenza sanitaria fornita sia non appropriata, senza però riuscire a misurare l'appropriatezza. In realtà la leadership delle Aziende Sanitarie deve agire, per ottenere efficienza, laddove evidenze scientifiche consolidate offrono la certezza che l'utilizzo appropriato di tecnologie, pur contenendo i costi, non comporti rischi per il paziente. Ciò non può prescindere dalla definizione di criteri di comportamento adeguati, che derivino dalla letteratura e dal consenso degli esperti.

In una delle interviste rilasciate al momento della sua nomina, indicava nella spesa farmaceutica uno dei nodi che necessitano

un controllo più stringente: quali risultati sono stati raggiunti?

Abbiamo attuato strategie di governance innovative per innalzare la qualità del sistema, mirando alla razionalizzazione delle risorse e puntando alla riduzione delle spese attraverso un rigoroso processo di riordino. Nel triennio 2009/2011 la spesa farmaceutica convenzionata, nella provincia etnea, è diminuita di quasi 17 milioni: da un lato il decremento delle ricette inviate e dall'altro l'abbassamento del costo medio delle ricette (da 18,61 euro nel 2009 a 16,80 euro nel 2011) hanno consentito di avviare un circolo virtuoso tra accresciuta appropriatezza prescrittiva (ricorso a farmaci generici o con brevetto scaduto) e maggiore consapevolezza nei consumi. Ma oltre alla genericizzazione di farmaci e alla compartecipazione dei cittadini alla spesa, altri fattori hanno determinato un contenimento di questa importante voce del bilancio: una delle ragioni deve essere indicata nella rinnovata collaborazione tra le nostre strutture – Dipartimento del Farmaco, Coordinamento dei Distretti, UOC Assistenza Sanitaria di Base – e gli attori protagonisti del sistema sanitario, vale a dire i medici di medicina generale e i pediatri di

libera scelta. Questi ultimi non rappresentano più la controparte, ma sono coprotagonisti dell'erogazione di un servizio di primaria importanza, in un contesto di disponibilità limitate, dove ogni spesa inadeguata sottrae risorse ad altri interventi e servizi sanitari. Tra gli obiettivi regionali assegnati per il 2012 vi era la "Verifica di coerenza tra le terapie intraospedaliere e prescritte/dispensate all'atto della dimissione come primo ciclo terapeutico e quelle extraospedaliere prescritte in continuità terapeutica". Per questo abbiamo attivato una procedura che faccia coincidere la terapia farmacologica successiva alla dimissione con quella del primo ciclo. I farmaci riferiti a tale forma di assistenza devono rientrare nel prontuario terapeutico della Regione Sicilia e saranno forniti, su specifiche richieste da parte della Residenza Sanitaria Assistenziale, dalle farmacie su cui insiste la struttura. ■



Formazione del personale sanitario e informazione ai cittadini: **due strumenti per una sanità sostenibile**



INTERVISTA A
**ANTONIO MARIA
SORU**
Direttore Generale, ASL Nuoro

La ASL di Nuoro è molto attiva nella formazione del personale sanitario: in una stagione di 'spending review', quale importanza ha, a suo avviso, l'attenzione per la crescita professionale del personale sanitario di cui il Servizio Regionale è dotato?

La formazione in sanità è soggetta a 'spending review' e questo impone una doverosa riflessione sulla gestione delle risorse dispo-

nibili e sulla ricerca della cosiddetta 'efficienza allocativa'. In questo quadro l'Azienda non può dirsi 'neutrale' rispetto alle politiche formative. È pertanto necessaria una 'selettività' degli interventi. In un'Azienda che offre servizi sanitari, il fattore umano e il know-how sono variabili strategiche per eccellenza. Le ASL hanno perciò il dovere di concentrarsi sulla qualità e sull'efficacia della formazione che, oggi più che mai, va finalizzata alla modernizzazione dei processi e al miglioramento delle performance rese agli utenti. La crescita professionale non può essere un concetto astratto o generico. Le ASL devono infatti aver cura di connettere funzionalmente l'investimento nella formazione con l'analisi dei gap di competenza tecnico-professionale che emergono da un'attenta 'review', questa volta dei servizi, degli esiti e dell'outcome. Questa attività, diffusa nelle strutture e collegata alle responsabilità dirigenziali, va condotta in sinergia con la programmazione strategica e con gli esiti della valutazione del personale.

La nostra ASL nel 2012 ha avviato due specifici interventi:



La prevenzione si traduce in un risparmio tangibile di risorse non solo economiche per il nostro sistema sanitario

1. l'assegnazione alle Unità Operative Complesse di obiettivi specifici sulla formazione, chiedendo a tutti i responsabili di verificare la correlazione tra formazione programmata e gap di competenza, e responsabilizzando coloro che usufruiscono dei corsi sulle necessità tecnico-professionali del team di lavoro;
2. l'investimento di ingenti risorse (euro 300.000 nel triennio 2012-2014) nel centro di simulazione 'Simannu' - presso l'AILUN di Nuoro - uno dei pochi in Italia dotato di sofisticate attrezzature digitali e meccaniche, con robot simulatori per l'addestramento degli operatori sanitari sugli aspetti più critici delle emergenze, anche rare e complesse, in relazione a terapie e interventi simulati.

Queste due politiche sono finalizzate alla responsabilizzazione, intesa come investimento strategico di un'intera équipe e alla formazione indirizzata all'addestramento pratico (acquisizione degli skill necessari) nell'interesse dei pazienti. Il percorso dovrà essere completato con la valutazione dell'efficacia e dell'impatto della formazione messa in atto per i servizi realmente resi al cittadino.

Prevenzione degli incidenti stradali e promozione dell'allattamento al seno: informare correttamente i cittadini può tradursi in un risparmio di risorse economiche? Allora quando è invece consigliabile rinunciare a determinate prestazioni sanitarie evidentemente non efficaci, come coinvolgere i cittadini nella decisione?

È ampiamente dimostrato che l'informazione corretta ai cittadini si traduce sempre in un risparmio economico. Grazie ad azioni mirate alla prevenzione degli infortuni stradali (campagne per il corretto utilizzo dei sistemi di ritenuta, casco in moto e in bici, tasso alcolico del conducente), eventi con alto indice di mortalità, si ha una riduzione dei costi evitabili, determinata dai giorni di degenza, dal costo medio giornaliero del ricovero (sanitario e assenza dal lavoro), dai costi sociali di invalidità temporanea o per-

manente e dai costi aggiuntivi determinati dal mutato impegno familiare.

La promozione dell'allattamento al seno, con una corretta e capillare informazione sui vantaggi, comporta prima di tutto un risparmio per le famiglie sui prodotti sostitutivi e, vista la provata azione preventiva su molte patologie del bambino e dell'adulto (patologie del sistema immunitario, patologie metaboliche e altro), determina un'importante ricaduta culturale, sociale e anche economica per il Servizio Sanitario Nazionale. La prevenzione di eventi o patologie che graverebbero sul Servizio Sanitario Nazionale si traduce in un risparmio tangibile di risorse economiche e non solo. ■



Spendere meglio per spendere meno: **obiettivo primario in sanità**



INTERVISTA A

MARIO MARTINA

Dirigente Sezione Tecnica,
Stazione Unica Appaltante,
Regione Calabria

Una domanda per un laureato in Filosofia. In un passo della *Repubblica* di Platone si sottolinea il primato della Politica sull'Economia nell'assunzione delle decisioni che regolano la vita della comunità: di questi tempi, pensa sia ancora attuale questo insegnamento o l'economia ha ormai preso il sopravvento nel decision making sanitario e non solo?

Dopo la riforma del 1978, specialmente nell'ultimo ventennio, di sanità si è sempre cominciato a parlare nel mese di settembre di ogni anno, in occasione della presentazione della legge finanziaria. Anche il decreto legislativo 502 del 1992 è venuto dopo la grande manovra del Governo Amato dell'agosto dello stesso anno. La norma stabilisce che il Fondo Sanitario Nazionale viene annualmente determinato dalla Legge Finanziaria (ora Legge di Stabilità) per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (prima erano livelli uniformi) in coerenza con la situazione economica del Paese. Dal 2001 il ruolo del Ministero

dell'Economia e delle Finanze è stato sempre crescente rispetto a quello del Ministero della Salute. E potrei dire di aver risposto alla domanda. Ma sarei molto riduttivo e superficiale.

Sono sempre più convinto che "nella storia umana non è mai esistita un'epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio di migliorare la qualità e la durata della vita" (HE Klarman, 1965).

L'obiettivo primario, quindi, è quello di spendere meglio, non di spendere meno. E questo richiede scelte rapide all'insegna dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e dell'efficacia delle prestazioni erogate.

Nel 1966 fu varato un piano ospedaliero per superare il divario di dotazione di posti letto tra nord e sud. Per costruire piccoli ospedali nel sud sono stati necessari 20 e 30 anni, quando era cambiata totalmente la situazione di contesto.

Le scelte di politica sanitaria dei vari livelli istituzionali non sono state fatte sulla base di criteri di efficienza ed efficacia, pur previsti dalle norme, ma largamente disattesi.



Mi chiedo come mai, nonostante vi siano numerosi organi preposti al controllo, nessuno si sia mai accorto dei disavanzi occulti di talune Regioni. Non era poi molto difficile. I bilanci delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono valutati anche dai collegi sindacali che, ai sensi del Codice Civile, avranno pure delle responsabilità. L'economia e la globalizzazione condizionano la politica, ma è sempre la politica che detta le regole.

Quale ruolo ha 'l'analisi di contesto' nell'assunzione

di decisioni di politica sanitaria regionale?

Nel 1988 venne approvato il decreto sugli standard ospedalieri (Ministro della Sanità Donat-Cattin) che fissava gli standard per specialità ospedaliera e per l'insieme dei servizi, e prevedeva la riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto. Il decreto, censurato dalla Corte Costituzionale perché invasivo di competenze regionali, non trovò generale applicazione e, per il ventennio successivo, in alcune Regioni (specialmente in quelle meridionali) sono stati

mantenuti in attività minuscoli ospedali senza garanzie assistenziali per gli operatori sanitari e i pazienti a causa delle forti resistenze locali e della miopia politica delle amministrazioni regionali del tempo.

Contestualmente venne previsto un ambizioso Programma straordinario di investimenti nel settore della sanità. Alcune Regioni del centro nord hanno completato i loro programmi, mentre alcune Regioni del sud devono ancora avviare alcuni programmi e ad alcune sono stati revoca-



INTERVISTA A
**MARIATERESA
BIANCO**

Farmacista Ospedaliera
AOU 'Le Scotte' di Siena

La farmacovigilanza è uno degli ambiti di suo maggiore interesse: a suo giudizio, una maggiore conoscenza di opportunità e rischi dei nuovi farmaci da parte del personale sanitario (medici, farmacisti e infermieri) può tradursi in un'ottimizzazione delle risorse, anche economiche?

filo diretto 

Le novità della farmacovigilanza e l'impiego ottimale delle risorse

La nuova legislazione di farmacovigilanza europea, in vigore dal 2 luglio 2012, ha introdotto cambiamenti che mirano a migliorare l'attività di promozione della salute pubblica attraverso l'uso appropriato dei medicinali con l'obiettivo prioritario di ridurre il numero e la gravità delle reazioni avverse da farmaci. I principali cambiamenti intro-

dotti aumenteranno l'efficacia, la rapidità e la trasparenza delle comunicazioni in merito agli interventi di farmacovigilanza e agli annunci di sicurezza.

Un primo e fondamentale cambiamento è relativo alla definizione di "sospetta reazione avversa da farmaco" (ADR), intesa ora come "effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un



medicinale”, allargando la rilevazione delle sospette reazioni avverse anche a quelle dovute ad impieghi non conformi a quelli riportati nella scheda tecnica, incluse quelle derivanti da errore terapeutico, abuso o uso improprio del farmaco, uso off-label, sovradosaggio.

Un'altra fondamentale novità è che tutte le segnalazioni di ADR confluiranno in un unico database europeo Eudravigilance, accessibile al pubblico, che riporterà anche i rapporti di valutazione pubblici, i riassunti delle caratteristiche del prodotto e foglietti

illustrativi, i riassunti dei piani di gestione del rischio, l'elenco dei medicinali sottoposti a monitoraggio addizionale e le diverse modalità per la segnalazione da parte degli operatori sanitari e direttamente dei pazienti.

Inoltre le nuove sostanze attive, tutti i farmaci biologici (compresi i biosimilari) ed alcuni medicinali specifici, soggetti all'obbligo di uno studio post-marketing sulla sicurezza, saranno autorizzati solo se oggetto di monitoraggio addizionale. Tale dicitura, nel foglio illustrativo, sarà preceduta da un simbolo nero.

Ridurre il numero e la gravità delle reazioni avverse da farmaci deve essere un obiettivo prioritario

ti consistenti finanziamenti già assegnati.

Nel quadriennio 2006-2009 sono stati spesi da tutte le Regioni 1898 milioni di euro per interessi passivi relativi ad anticipazioni di tesoreria e ritardati pagamenti, con esclusione degli interessi per mutui. Una parte rilevante (il 72,6 per cento, pari a 1378 milioni di euro) è stata sostenuta dalle Regioni meridionali e dalla Regione Lazio, Regioni in gran parte interessate dai Piani di Rientro.

Non si tratta di amministrare la sanità sistema ma di governare i

Vuole darci qualche dato al riguardo?

Vale la pena ricordare che il 5% di tutti i ricoveri ospedalieri in Europa è dovuto a danno da farmaci, che le reazioni avverse rappresentano la quinta causa di morte ospedaliera, che il 5% dei pazienti ricoverati incorre in una reazione avversa da farmaci, che sono responsabili di circa 197.000 decessi l'anno, e che il costo sociale delle reazioni avverse in Europa è stato valutato in 79 miliardi di euro annui.

Pertanto l'opportunità della nuova Direttiva di avere un incremento delle segnalazioni, a cui corrisponderà una maggiore attività di monitoraggio, e una maggiore conoscenza di tutta la filiera dei rischi e della sicurezza dei nuovi farmaci da parte del personale sanitario non può che tradursi in un'ottimizzazione delle risorse socio-economiche. ■

*I margini
per la riduzione
di costi impropri
in sanità sono ampi*

sistemi sanitari regionali coniugando i bisogni dei cittadini con le risorse disponibili. All'autonomia deve essere strettamente connessa la responsabilità dei vari livelli istituzionali.

Nonostante precise disposizioni normative (obbligo di una contabilità analitica e controllo di gestione), si è posta scarsa attenzione alla quantificazione dei costi di produzione dei servizi sanitari. Vi sono ampi margini per la riduzione dei costi impropri in sanità sia attraverso una profonda riorganizzazione delle reti assistenziali sia attraverso la revisione delle modalità di acquisizione di beni e servizi.

In uno studio pubblicato recentemente su *American Economic Review*, tre economisti italiani quantificano gli sprechi che avvengono nell'acquisizione di beni e servizi per la Pubblica Amministrazione italiana, acquistati a prezzi ampiamente diversi. Se i 'peggiori' comprassero ad un prezzo inferiore e ragionevolmente disponibile sul mercato, il risparmio che se ne otterrebbe per il cittadino ammonterebbe al 21% della spesa attuale, ovvero l'1,6% del PIL. ■



Speciale Stato-Regioni

Per un servizio sanitario al passo con la sfida del rinnovamento



INTERVISTA A

**RENATO
BALDUZZI**

Ministro della Sanità

L'intervista è stata rilasciata alla dottoressa Giulia Gioda in occasione del convegno 'Diamo una mano alla salute. Etica e sanità: la prevenzione è un valore' svoltosi a Torino il 2 dicembre 2012.

Professor Balduzzi, la prevenzione è un valore: quali azioni intende portare avanti per renderne consapevoli i cittadini?

Esiste una prevenzione di tipo primario, volta a contrastare i fattori di rischio, che si attua seguendo buone abitudini alimentari, svolgendo attività fisica, non abusando del consumo di alcol, non fumando e facendo attenzione alle varie dipendenze. La prevenzione secondaria, invece, riguarda il fronte della diagnosi precoce delle patologie, e quindi degli screening. In questo ambito la struttura pubblica può fare molto, ma anche la singola persona, attraverso la capacità di ognuno di tenersi sotto controllo, può svolgere un ruolo importante. Infine si parla di prevenzione terziaria, intendendo tutte le azioni volte a

evitare che, in presenza di malattie, queste si complicano.

Tutte queste forme di prevenzione devono muoversi insieme. Il nostro Governo ha avviato alcuni interventi durante l'anno appena trascorso sul fronte della prevenzione primaria e ha fatto molto sul fronte della prevenzione secondaria: campagne promozionali, screening e così via. Quello della prevenzione è un concetto che deve entrare nella cultura e nella mentalità di ciascuno di noi.

Lei ha parlato del suo decreto come di "un'opera di manutenzione straordinaria": crede che con questo intervento la macchina sarà in grado di procedere ancora per molti chilometri?

Beh assolutamente sì, è una macchina molto stimata nel mondo e che fa molti chilometri consumando poco rispetto ai concorrenti. I cambiamenti tecnologici, quelli epidemiologici e i cambiamenti positivi, quali l'invecchiamento, l'aumento dell'età media e

*Trasparenza e merito
sono le parole chiave dell'innovazione
nel nostro Paese*



la sopravvivenza, comporteranno per i prossimi anni un problema di manutenzione ancora più forte di questa macchina. Credo, però, che il Servizio Sanitario Nazionale sia in grado di rispondere a queste sfide, come ha fatto in tutti questi anni, cercando al tempo stesso di essere sempre se stesso e sempre rinnovato.

Diverse nazioni hanno concentrato la propria attenzione sul cosiddetto 'disinvestment', scegliendo di abbandonare prestazioni o interventi sanitari di chiara inefficacia: che cosa si sta facendo in Italia?

Nella proposta di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assi-

stenza, che abbiamo presentato prima della fine del 2012, abbiamo seguito il principio della compensazione, considerato il vincolo dell'invarianza delle risorse. Nuove prestazioni entrano nei cosiddetti LEA, venendo incontro alle nuove esigenze, mentre altre dovranno essere o abbandonate o erogate, sulla base del principio di appropriatezza, in modo tale da raggiungere l'obiettivo con il minore dispendio di risorse. La regola alla quale è necessario attenersi è proprio quella dell'appropriatezza. D'altra parte LEA vuol dire Livelli Essenziali di Assistenza, dove essenziale significa 'necessario' a soddisfare il bisogno di salute di ognuno di noi, senza

porci nel dilemma di decidere se curarci o sopravvivere economicamente, ma anche 'appropriato', perché un intervento inappropriato è uno spreco di risorse che danneggia sia la persona singola sia la collettività.

È quindi evidente che per quanto riguarda l'Italia non ci sarà un problema di razionamento o di scelta arbitraria, ma di appropriatezza.

Innovazione è la parola chiave dei nostri anni. Non tutte le novità si traducono però in vera innovazione: in tempi di contrazione economica, come distinguere ciò che è davvero utile?

Attraverso le regole di buona pratica, attraverso la valorizzazione della ricerca, attraverso la valorizzazione del merito e della trasparenza. È quello che abbiamo cercato di fare sia nelle regole sulle scelte dei primari e dei direttori generali delle Aziende, ma anche per quanto riguarda la ricerca, attraverso bandi di ricerca finalizzati, organizzati su procedure trasparenti, in modo che nessuno dei nostri giovani possa pensare che il suo progetto sia stato scartato perché sono stati privilegiati altri elementi rispetto alla valutazione di merito. Credo che l'innovazione nel nostro Paese passi attraverso queste due parole chiave: trasparenza e merito. ■

Le strategie per mantenere alti i livelli della qualità della sanità italiana



INTERVISTA A

VASCO ERRANI

Presidente della Conferenza delle Regioni e Presidente della Regione Emilia-Romagna

Le recenti vicissitudini sofferte da diversi Governatori rischiano di indebolire la posizione delle amministrazioni regionali nel dialogo con il Governo: le risorse sembra non siano mai mancate, ma sono state talvolta dirottate su strade distanti dall'assistenza ai cittadini. Qual è la sua posizione al riguardo non solo come Presidente della Regione Emilia-Romagna ma anche come Presidente della Conferenza delle Regioni?

Quando si discute del Servizio Sanitario Nazionale occorre evitare ogni tentazione demagogica perché stiamo parlando di servizi fondamentali dei cittadini. Certo non si può escludere che esistano situazioni di spreco delle risorse o di illeciti arricchimenti, ma non va mai dimenticato che la sanità pubblica italiana è fra i primi posti nelle classifiche stilate dall'OMS, che ha strutture di grande eccellenza e di alta specialità in cui lavorano professionisti e operatori che hanno il merito di contribuire ad un servizio che resta universalistico.

Sul piano delle risorse, poi, non credo che sussistano dubbi. Nel 2012 sono stati tagliati circa 4 miliardi, la prospettiva 2013 delinea un taglio di altri 8 e nel 2014, a leggere le tabelle delle diverse manovre finanziarie, ci attende un altro taglio di 11,5 miliardi. Il fondo sanitario nel 2013, per la prima volta nella storia del nostro Paese, registra una flessione dell'1%, dopo essere stato a crescita zero negli anni precedenti.

Se consideriamo il fatto che non solo non si riesce a stare dietro al



Le Regioni sono pronte a un confronto serio per l'ottimizzazione della spesa senza tagliare i servizi

tendenziale della spesa sanitaria, ma addirittura ci collochiamo ben al di sotto del tasso di inflazione, non possiamo che definire la situazione come insostenibile.

In tema di 'spending review' procedere con lo strumento del decreto legge non soltanto non aiuta la condivisione di un percorso con obiettivi comuni, ma rischia addirittura l'anticostituzionalità: qual è il suo punto di vista?

Non siamo contrari in linea di principio ad un processo di 'spending review'. Abbiamo sempre detto che le Regioni sono pronte ad un confronto serio per l'ottimizzazione della spesa, partendo però da un presupposto: non si possono tagliare i servizi.

Certamente si possono verificare i prezzi di riferimento, i dati relativi al settore dei beni e servizi, le tariffe, ma la logica dei tagli lineari non può essere accettata perché mette a rischio i servizi essenziali a favore dei cittadini e perché rende insostenibile la gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

Siamo prontissimi a dimostrare, dati alla mano, che l'impianto della 'spending review', aggiunto al combinato disposto delle manovre degli ultimi due anni, non permette più di considerare praticabile l'ipotesi di un nuovo Patto per la Salute, lo strumento che, come ha riconosciuto la Corte dei Conti, ha permesso di tenere sotto controllo la spesa sanitaria. Si tenga poi presente che a tutto ciò vanno aggiunte le inevitabili ricadute sulla sanità del continuo depauperamento dei fondi per le politiche sociali e per la non autosufficienza.

Occorre anche considerare le misure previste dalla recente Legge di Stabilità, che comportano un taglio ulteriore di 1,6 miliardi per il biennio 2013-2014.

Valuteremo certo anche i profili di costituzionalità, ma in questo momento ci preme richiamare l'attenzione del Governo e del Parlamento sulla difesa della qualità della sanità italiana.

Considerata l'esperienza degli ultimi difficili mesi appena trascorsi, ritiene sia più facile o più difficile

dialogare con un Governo 'tecnico' o con una coalizione nata dalla convergenza programmatica di diversi partiti?

Abbiamo sempre considerato il rapporto con il Governo come un imprescindibile confronto fra istituzioni della Repubblica. La Conferenza delle Regioni ha sempre tenuto un atteggiamento di responsabilità istituzionale, prescindendo dal colore politico delle maggioranze che sostengono gli esecutivi e così abbiamo fatto anche con il "Governo tecnico". ■



Scelte politiche attente alle Regioni virtuose



INTERVISTA A

LUCA ZAIA

Presidente della Regione Veneto

Alla luce delle vicissitudini sofferte da alcuni Governatori, che rischiano di indebolire la posizione delle amministrazioni regionali nel dialogo con il Governo, l'impressione è che le risorse non siano mai mancate, ma talvolta dirottate su strade distanti dall'assistenza ai cittadini. Qual è la sua posizione al riguardo?

Penso che episodi, anche gravi, di corruzione o di peculato – per inciso ricordo che la responsabilità penale è sempre e solo personale – non debbano diventare l'alibi per delegittimare le Regioni e gli enti locali, che sono previsti dalla Costituzione e sono i veri presidi degli interessi dei cittadini sul territorio. Naturalmente sono per la tolleranza zero, ma punire anche le Regioni virtuose

per gli sprechi o le ruberie di altri non è giusto. Peraltro non mi sembra che i palazzi romani siano immuni da questi vizi. E, giusto per fare un esempio, il Veneto è stata la prima Regione ad abolire i vitalizi, ben prima delle decisioni del Governo centrale. Direi che questo chiarisce una volta per tutte qual è la nostra posizione.

Qual è il suo punto di vista rispetto ai provvedimenti della 'spending review' attuati attraverso lo strumento del decreto legge?

Ritengo che la 'spending review' vada benissimo e ribadisco che nel Veneto è stata avviata ben prima dei provvedimenti governativi. Ma se la spending review si traduce in tagli lineari che penalizzano chi, come la nostra Regione, è sempre stato virtuoso e ha fatto le cose in regola, continuando a chiudere un occhio sugli sprechi di certi territori, non mi trova d'accordo. Se, invece di tagliare indiscriminatamente, si seguisse l'esempio dei virtuosi, solo nella sanità si potrebbero ri-





*Ogni percorso
deve essere
condiviso
con le autonomie
locali*

sparmiare 28 miliardi di euro. Altro che spending review e leggi di stabilità! Sono percorsi che vanno condivisi con le autonomie locali; la tendenza centralista invece purtroppo è dura a morire, anche se il rinvio a data da definirsi del riordino delle province la dice lunga circa la razionalità di decisioni che si volevano imporre dall'alto e in fretta.

**È più facile, secondo lei,
dialogare con un governo
'tecnico' o politico?**

Il dialogo può avvenire con chiunque si renda conto che l'autono-

mia delle Regioni non è nata dalla gentile concessione dello Stato, ma è un principio sacrosanto marchiato a fuoco nella carta costituzionale. E autonomia vuol dire anche lasciare che le Regioni che funzionano possano decidere come investire le proprie risorse per il bene della propria comunità. Anzi, per il bene di tutti i territori, visto che l'autonomia presuppone sempre un'assunzione di responsabilità. Certo, è anche vero che la democrazia si fonda sulla consultazione del popolo, che decide in piena libertà da chi vuol farsi governare. ■

L'impegno delle Regioni per una **spending review** **virtuosa**



INTERVISTA A

LUCA COLETTO

Assessore alla Salute, Regione Veneto e Coordinatore degli Assessori alla Sanità in ambito della Conferenza delle Regioni



ETTORE ATTOLINI

Assessore alle Politiche della Salute, Regione Puglia

In tema di 'spending review', procedere con lo strumento del decreto legge non soltanto non aiuta la condivisione di un percorso con obiettivi comuni ma rischia addirittura l'anticostituzionalità: qual è il suo punto di vista?



COLETTO. Oltre alla questione giuridica, sulla quale non entro non essendo un giurista, ce n'è una anche più pregnante, che riguarda i contenuti della spending review per il settore sanitario. Che la sanità italiana possa e debba realizzare importanti economie e razionalizzazioni di spesa è fuor di dubbio, ma ciò non può accadere utilizzando la mannaia dei tagli orizzontali, che mettono sullo stesso piano chi spreca, o comunque non riesce a tenere i suoi conti in ordine, e chi, pur erogando sanità di qualità come il Veneto, riesce a tenere i conti in ordine se non addirittura in attivo, seppur di poco, come da noi negli ultimi due anni, essendo tra l'altro gli unici in Italia a non aver imposto ai nostri cittadini l'addizionale



Prestazioni e acquisto devono costare lo stesso in ogni Regione

Irpef per la sanità. Chi come il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Lombardia ha già razionalizzato ed ha i conti in attivo (siamo le uniche 4 Regioni in Italia) è giusto che paghi come chi ha buchi miliardari? Naturalmente no! Noi in Veneto abbiamo in atto da tempo una vera e propria spending review virtuosa, fatta di attenzione maniacale al miglior uso delle risorse, intervenendo prima di tutto nei settori della 'macchina' non direttamente legati alle prestazioni da erogare, che infatti sono rimaste le stesse di sempre. Una spending review intelligente non potrebbe partire che dalla definizione dei criteri standard dai quali far discendere i costi standard. Prestazioni e acquisti devono costare lo stesso in ogni Regione, mentre oggi le disparità sono macroscopiche (una siringa che in Veneto costa 6 centesimi, altrove viene pagata 25 o 30 centesimi). Fatto salvo il sacrosanto diritto costituzionale alla salute, ci dovrebbe essere chi

comincia a fare qualche sacrificio in più, magari mutuando le *best practice* che ci sono e che il Veneto è pronto a mettere a disposizione.



ATTOLINI. Preferisco attenermi ai fatti e occuparmi delle ricadute sul sistema sanitario: 35 miliardi di defianziamento del sistema sanitario pubblico in 3 anni, previsti nel periodo 2011-2015, rischiano di compromettere l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ai cittadini. Credo che, soprattutto in un momento così complicato in cui circa 9 milioni di italiani non riescono ad accedere alle cure, come fotografato dal Rapporto Censis, sia molto rischioso continuare a operare tagli al sistema. Noi abbiamo il dovere di garantire l'universalità del diritto di accesso alle cure per tutti i cittadini indipendentemente dalla condizione socioeconomica. Certamente, sarebbe più idoneo aprire una discussione chiara e franca sulle reali necessità del sistema sanitario e sulle problematiche sulle quali intervenire. Avrei preferito una maggiore interlocuzione sulla 'spending review' sia in Parlamento sia in Commissione Salute, perché

avrei avuto la possibilità di illustrare i dati di spesa per il personale sanitario, ad esempio, che vedono la Puglia agli ultimi posti fra le Regioni italiane per livello di spesa, a causa di interventi effettuati dai governi regionali prima del 2004: operare tagli lineari, senza considerare le condizioni di



È importante l'integrazione tra strutture pubbliche e private accreditate

partenza, determina situazioni di disparità inaccettabili e l'impossibilità materiale di raggiungere gli obiettivi di sistema. Avrei avuto anche la possibilità di illustrare il percorso di razionalizzazione del nostro sistema, operato in questi mesi attraverso una vera e propria revisione della spesa, che ci ha consentito di avviare un processo misurabile di riqualificazione della spesa e riduzione dei costi sia nel settore della farmaceutica sia nell'acquisto di beni e servizi. Non è possibile ignorare l'impegno di Regioni come la Puglia, che si scontra con profonde difficoltà legate in particolare alla rigidità dei criteri di attuazione dei Piani di Rientro in materia di politiche del personale.

Al recente congresso della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, il Presidente Vendola ha chiuso il proprio intervento riaffermando la non negoziabile visione della salute come bene primario, tutelata esclusivamente da un servizio pubblico: condivide questa posizione? Ritene piuttosto che ci siano i margini per un'interazione

tra pubblico e privato capace di rivelarsi un driver di contenimento dei costi?



COLETTO. Rispetto il pensiero del Presidente Vendola, comprensibile vista la sua estrazione politica, ma non lo condivido. Il mio Veneto è, ad esempio, la dimostrazione che pubblico e privato possono cooperare e interagire positivamente. Almeno da noi, abbiamo la stessa visione del servizio sanitario, che deve avere al centro dell'attenzione l'interesse del cittadino ad essere curato al meglio. Il privato convenzionato e il pubblico, come accade in Veneto, devono agire in una logica di sistema unico, evitando sovrapposizioni di servizi inutili e costosi. In poche parole: dove c'è una struttura pubblica che risponde in pieno alle necessità di salute della popolazione non è conveniente che ve ne sia anche una privata convenzionata. Accade però anche il contrario, e in questo caso nessun problema ad affidarsi al privato convenzionato, purché, ripeto, la logica sia quella di una sinergia totale, organizzativa e di erogazione dei

servizi. In Veneto il privato conta per meno del 10% del totale e l'equilibrio raggiunto con il pubblico è buono. Ultimamente c'è stata qualche tensione legata alla razionalizzazione della spesa che abbiamo imposto, parimenti, sia alle nostre strutture pubbliche sia a quelle private convenzionate, ma la collaborazione era e rimane costruttiva e utile.



ATTOLINI. Sono completamente d'accordo con il Presidente Vendola quando dice che la salute è un bene primario e io credo che compito di un governo sia organizzare il primato dell'interesse pubblico. E tuttavia, pur senza volermi avventurare nell'esegesi del suo pensiero, non credo che il Presidente volesse escludere o sminuire il ruolo della sanità privata nell'organizzazione dell'interesse pubblico. Al contrario, il sistema italiano ci dice molto chiaramente che il privato accreditato è da considerarsi assolutamente integrato nel servizio pubblico, e la Puglia ne è una chiara dimostrazione. Basti considerare la realtà della rete delle cardiologie pugliesi che vede una perfetta integrazione fra strutture pubbliche e private accreditate. Il punto è, semmai, riconsiderare e riqualificare l'offerta delle strutture private per razionalizzare i costi nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'offerta. ■

abbvie