



Sommario

3 EDITORIALE
E ora il coraggio di cambiare
 GABRIELE PELISSERO

FOCUS SANITÀ



4

Torino: 27 maggio 2011
 Convegno nazionale aiop
Il federalismo è la cura per la sanità italiana?

INTERVENTI DI GABRIELE PELISSERO, ROBERTO COTA, ENRICO LA LOGGIA, LUCA RICOLFI

GOLF
 XII° Trofeo AIOP alle "Betulle" di Biella
La vittoria alla regione Lazio

9

14 dossier salute
 A CURA DI RITA SPÀNGARO



Eccellenza di chirurgia generale

(quarta puntata)

HUMANITAS GAVAZZENI BERGAMO
Obesità e sindrome metabolica grave: la cura chirurgica

POLICLINICO SAN MARCO DI ZINGONIA
Chirurgia addominale, il gold standard è la laparoscopia

13 L'INTERVISTA
 Elena Bottinelli
Carta Siss e strutture private, percorso in continua evoluzione

NEWS DAL MONDO
Privatizzazioni: competenze e qualità nei sistemi sanitari in Europa

DI GABRIELE PELISSERO

21

22 L'ANALISI
Spesa e qualità della cura: quale futuro per l'offerta socio-sanitaria a Milano?

NUOVE FRONTIERE
Così la tecnologia abbatte le liste d'attesa

26

speciale regioni
Mondosalute, la nostra finestra sul nord

A CURA DI ANTONIO FROVA

27

VENETO
Vincoli di bilancio, nel nord est tagli solo alle strutture private

La Valle d'Aosta entra in Aiop

PIEMONTE
Piano di rientro, accordo tra Aiop e Regione

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Libera circolazione di pazienti in Europa

30 RAPPORTI ISTITUZIONALI
Qualità e sicurezza, le verifiche della Lombardia su Asl e strutture accreditate
 DARIO BERETTA

ATTUALITÀ
Spesa sanitaria, in Italia la svolta non è nell'aria
 DI ALBERTO MINGARDI

31

10 E-HEALTH
 Intervista ad Averardo Orta
Una rivoluzione tecnologica per i cittadini-pazienti

Michele Nicchio
"Noi, manager dell'oggi, con la missione di diffondere la cultura imprenditoriale della sanità privata"



MONDOSALUTE LOMBARDIA
 PERIODICO A CARATTERE TECNICO-INFORMATIVO PROFESSIONALE
 Anno IV - n. 2 - (VIII - 31)
 Luglio 2011
<http://lombardia.mondosalute.it>

Editore SEOP s.r.l.
 via di Novella, 18 - Roma

Direttore Responsabile
 Gabriele Pelissero

Comitato di Direzione
 Antonio Frova, Dario Beretta, Ermanno Ripamonti

Segreteria di redazione
 Elisabetta Resnati

hanno collaborato:
 Dario Beretta, Antonio Frova, Alberto Mingardi, Gabriele Pelissero, Rita Spångaro

Grafica e impaginazione
 Andrea Albanese
 Antonella Tuccia

Stampa
 Rotolito Lombardia
 Via Brescia 53/55
 20063 Cernusco S/N (MI)

Foto
 Archivio AIOP, Newpress, istockphoto.com, ANSA

Pubblicità
 SEOP

Autorizzazione Tribunale di Milano
 n. 467 17/7/2008

Direzione e Redazione
 Via Timavo, 24 - 20124 Milano
 tel 02-6682000
 fax 02-6686118
e-mail:
 segreteria.mi@aioplombardia.it

PERCHÉ RESTARE IN BILICO



Meglio affidarsi ad un partner
forte, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E G L O B A L I P E R L E C A S E D I C U R A

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - www.copag.it - info@copag.it
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996



DI GABRIELE PELISSERO (*)

E ora il coraggio di cambiare

La **grave crisi economica** che ha colpito il mondo non è terminata, purtroppo. E quando **le persone, le famiglie e le aziende si impoveriscono**, il futuro può diventare angoscioso. E il presente genera insoddisfazione e inquietudine.

Un effetto di questa condizione è il diffuso desiderio di cambiamento. Comprensibile, perché si vorrebbe cambiare una situazione opprimente.

Ma facilmente strumentabile, perché dà voce agli incantatori e ai demagoghi, introduce irrazionalità. Come nel famoso disegno di Francisco Goya "Il sonno della ragione genera mostri".

Con questi brevi pensieri non vogliamo certamente riferirci a vicende politiche concrete e recentissime. Anche perché noi siamo e resteremo sempre rigorosamente apartitici, per poter dialogare con tutti e proporre a tutti le nostre idee e i nostri progetti.

Ma sentiamo il dovere di chiarire due questioni riguardanti eventuali cambiamenti nella sanità italiana. Cambiamenti che il federalismo fiscale, con ogni probabilità, metterà all'ordine del giorno nei prossimi mesi.

Un punto deve essere chiaro.

Bisogna cambiare le cose che non vanno bene, e tutelare e se possibile migliorare le cose che vanno bene.

In molte regioni italiane la sanità non funziona. Costa troppo, produce disavanzo, è male organizzato, genera insoddisfazione nei cittadini.

Li ci sono tante cose da cambiare, con coraggio e in profondità.

In Lombardia la Sanità funziona bene. E' in equilibrio economico, non ha disavanzi, è bene organizzata, ha un altissimo indice di soddisfazione dei cittadini e una qualità riconosciuta a livello internazionale.

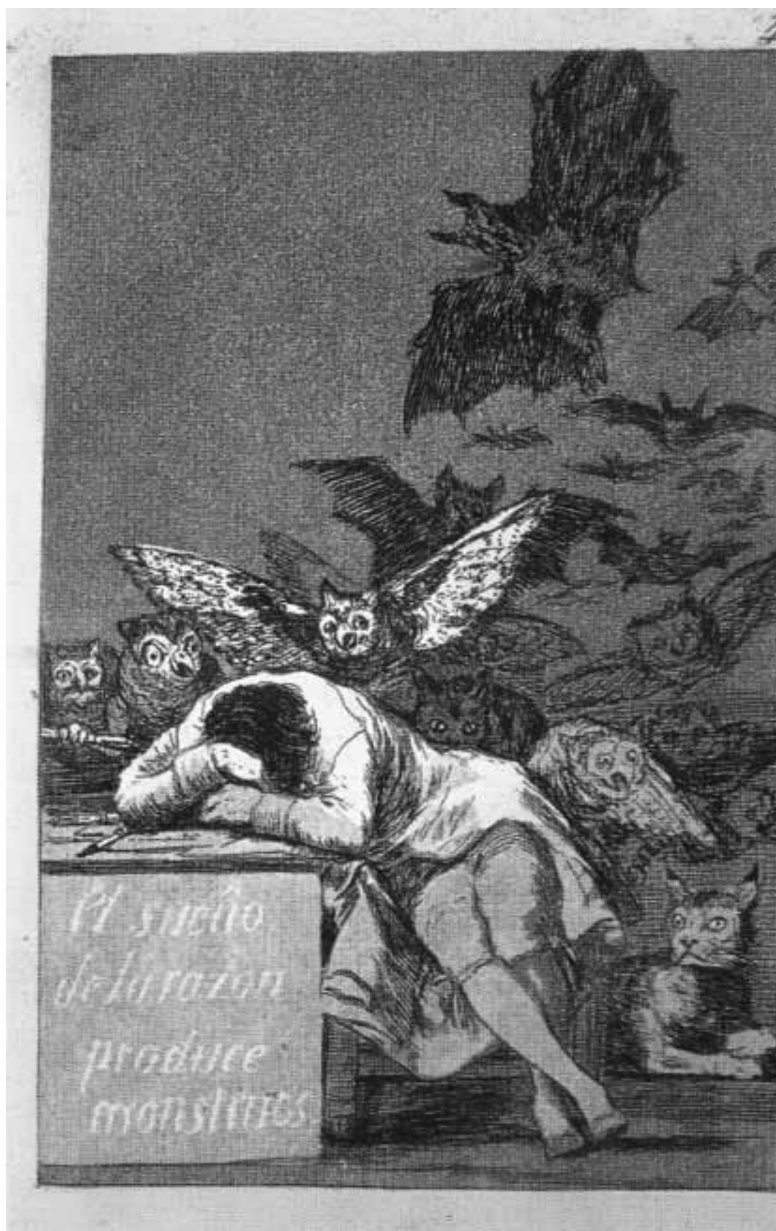
E' un modello da sviluppare, arricchire, tutelare in tutti i suoi aspetti qualificanti, a partire dal diritto alla libertà di scelta del cittadino, dalla distinzione fra controllori ed erogatori, e dal reale pluralismo degli erogatori ospedalieri, pubblici e privati uguali nei diritti e nei doveri. Secondo noi, le altre regioni dovrebbero studiarlo attentamente, e approfittare di questo esperimento di successo.

Sarebbe anche un esempio di buona politica. ■

(*) *Presidente Aiop Lombardia*

Francisco José de Goya

Il sonno della ragione genera mostri, 1797-1798
Acquafornte e acquatinta, 21,6x15,2 cm



Il federalismo è la cura per

Alla tavola rotonda hanno preso parte **Gabriele Pelissero**, vice presidente nazionale Aiop, **Luca Antonini**, presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, **Enrico La Loggia**, presidente Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, **Luca Ricolfi**, docente Analisi dei dati Università di Torino.

Gabriele Pelissero

Il federalismo in sanità è certamente un processo di grande importanza, di lunga deriva, che come tutti i grandi processi offre opportunità a chi le sa cogliere, pone interrogativi, richiede un'attenzione e una presenza molto forte.

L'Aiop intende confermare la propria tradizione istituzionale nell'approcciarsi a questo grande processo che si sta avviando, con forte senso di responsabilità, con impegno a lavorare nell'interesse comune, proponendosi come soggetto attivo e collaborativo a tutti quegli organi di governo, a partire da quelli centrali, il Governo e il Parlamento, per continuare nelle Regioni che saranno certamente un soggetto di straordinaria rilevanza nell'attuazione di questo processo. Noi vogliamo essere propositivi e porci al servizio di un interesse che serviamo con la nostra attività quotidiana e nel quale crediamo profondamente, quello della salute dei cittadini di questo paese.

In una fase iniziale è importante porre dei principi e, soprattutto, fare delle proposte costruttive. (...)



Nel nostro paese la spesa sanitaria pubblica è bassa, se non ricordiamo ogni volta questo concetto rischiamo di avere una rappresentazione falsata della realtà. Ricordo il dato noto a tutti, rispetto a grandi paesi europei con noi completamente comparabili, quali

la Francia e la Germania, l'Italia ha una spesa pubblica inferiore di due punti di PIL. Un valore enorme che ci consente di sostenere che la sanità italiana rispetto a quella degli altri grandi paesi europei è sottocapitalizzata. A fronte di questo dato importante, sul quale dovrebbero riflettere certamente tutti coloro che stabiliscono la spesa, noi abbiamo un altro dato altrettanto importante e noto che è rappresentato dalla presenza, all'interno della spesa sanitaria pubblica di questo paese, di aree consistenti di inefficienza e, diciamo pure, di spreco.

Il nostro studio annuale, "Ospedali e salute", ha dimostrato con dati inequivocabili che l'inefficienza è presente nella spesa pubblica di un po' tutte le regioni italiane, molto diversamente distribuita con delle punte che raggiungono dei valori veramente preoccupanti collocati intorno al 40-45%. Dato estremo, ma potremmo considerarlo un dato medio ragionevole intorno al 20-25% di spesa pubblica, chiamiamola benevolmente inefficiente, ma in realtà potremmo chiamarla spreco, così gli diamo il suo nome, arriviamo per la spesa ospedaliera che



la sanità italiana?

costituisce il 50% del volume complessivo della spesa, intorno ai 55 miliardi di euro l'anno, il 25% di questa somma è un valore che si colloca intorno ai 15-20 miliardi di euro.

Ci troviamo di fronte ad una cifra di valore veramente consistente che, siamo sempre nel calcolo teorico, in un ambito di tipo squisitamente macro-economico, ma che certamente induce anch'essa ad una profonda riflessione.

Dico subito che la nostra posizione è quella che i due elementi fin qui ricordati, il basso costo della sanità pubblica in Italia e la presenza di un alto spreco, sono due dati che vanno coniugati. Questa situazione rappresenta una opportunità straordinaria, se na-

turalmente ci sarà la capacità e la forza di utilizzare in modo positivo questa opportunità. (...)

Le nostre proposte di partenza sono semplici e chiare, suggeriamo al nascente processo federalista tre linee di indirizzo che a nostro giudizio sono praticabili e che però noi riteniamo essenziali per far in modo che questo processo non sia soltanto una gigantesca operazione di finanza pubblica, ma sia anche una feconda opera riformatrice del sistema sanitario di questo paese.

Il rischio è altro perché se noi non riusciremo tutti insieme ad introdurre veri elementi di riforma nella sanità delle regioni italiane, sicuramente rischieremo di fare un'operazione che sul breve termine, forse, in qualche misura, migliora i conti pubblici. Ma questa misura, se abbandonata a se stessa, se non accompagnata da una profonda riforma di sistema, rischia veramente di tradursi sol-

tanto in una riduzione delle prestazioni erogate ai cittadini. Questo non deve avvenire. Credo che nessuno voglia che questo avvenga.

Il nostro impegno, anche ideativo, anche propositivo, è proprio quello di suggerire dall'esperienza quotidiana di cinquant'anni di imprenditorialità sanitaria, alcuni semplici interventi che sistematicamente adottati, possono veramente contribuire a mettere sulla giusta strada il percorso federalista. (...)

Una prima riforma semplicissima ma che noi chiediamo non abbia delle indulgenze, che sia chiara e trasparente: un bilancio civilistico depositato e reso pubblico, con la stessa identica modalità del corrispettivo di diritto privato che opera dentro il Servizio Sanitario Nazionale. (...)

Il sistema dei controlli. Noi siamo in un paese nel quale il sistema dei controlli è arrivato al punto per cui un terzo della rete ospeda-



Enrico La Loggia

“Benefici immediati a chi azzerà gli sprechi”

Presidente, a che punto è il percorso verso l'attuazione del federalismo?

“E' a buon punto, dal momento che sono molti i decreti attuativi della legge 42/09 già approvati. Quelli sul federalismo demaniale, sui fabbisogni e costi standard, sul-

la sanità, sul federalismo municipale, provinciale e regionale, sulla perequazione infrastrutturale. Lo scorso 8 giugno abbiamo varato anche quello sull'armonizzazione dei bilanci, mentre stiamo avviando l'esame sul decreto che prevede premi e sanzioni. Quindi si tratterà di definire le funzioni ed i compiti di Roma Capitale, il nuovo ente territoriale di cui abbiamo già delineato l'assetto istituzionale.

I decreti sull'armonizzazione dei bilanci e sui premi e sanzioni appaiono particolarmente rilevanti...

“In effetti sono di grande importanza. Il primo è fondamentale per fare chiarezza sui conti pubblici. Tutti gli enti devono avere un modello di bilancio da adottare ed i dati devono essere consultabili, pubblicati on line. Il secondo è la logica conseguenza del primo. Tutti gli amministratori che dimostreranno una maggiore efficienza con l'azzeramento degli sprechi e dell'evasione/elusione fiscale, avranno un beneficio immediato. Potranno cioè trattenere subito il 50% di ciò che hanno accertato. Diversamente, scatteranno le sanzioni: com-

missariamento prima dell'Ente, poi l'ineleggibilità dei responsabili e la denuncia alle sezioni regionali della Corte dei Conti. Al di là della rilevanza penale, il deterrente più forte è colpire chi amministra nella sua carriera politica futura.

Può accadere che, nonostante il rigore e gli sforzi, gli amministratori non riescano a raggiungere gli obiettivi. In tal caso, cosa accadrà?

“Allora scatterà la solidarietà del Paese, attraverso il fondo perequativo”.

C'è un obiettivo minimo da garantire per tutti?

“I Lea e i Lep, i livelli essenziali di assistenza e i livelli essenziali di prestazioni. Questo è ciò che ovunque dovrà essere assicurato. Il bilancio trasparente renderà più facile fare questo riscontro, non potrà più esserci comune o azienda ospedaliera che camuffa le cifre nella contabilità generale”.

In questo senso, quale ruolo può giocare la sanità privata?

“Più punteremo sui privati, più diminuiranno gli sprechi. L'organizzazione privata che punta alla remunerazione del capitale non butta via i denari. E' il pubblico che, purtroppo, continua ad avere grandi margini di inefficienza e sprechi. Basti pensare che la sola voce beni e servizi, dal 2005 ad oggi, è cresciuta ingiustificatamente del 30 per cento”. ■



liera è sottoposta ai controlli di qualità, di appropriatezza, di sicurezza sul lavoro dallo stesso amministratore che amministra l'azienda. Il direttore generale della ASL invia gli ispettori al presidio ospedaliero, a questi vanno (se lo fanno!), il verbale di eventuali disfunzioni e lo consegnano allo stesso direttore che l'ha mandato. (...)

Per ragioni di ricerca scientifica, noi non possiamo non ricordare che c'è un modello vincente in questo paese, la Lombardia, la quale ha adottato un sistema di completa parità fra pubblico e privato, imponendo e consentendogli di fare tutte le cose che fa il pubblico, trattandolo con gli stessi metodi con cui tratta il pubblico, pagandolo nello stesso modo, tra l'altro per tempo. Questo è un altro elemento di straordinaria importanza, che ricordo a molti amici di tante ragioni italiane, ma scendiamo su un altro piano. Ebbene, se questa regione ha avuto un grande successo su tutti i parametri nazionali e internazionali è certamente dovuto al fondamentale contributo del privato.

Le regioni italiane devono imparare ad usare questa risorsa, fino a che non lo faranno non costituiranno quella dinamica interna, quel sistema di confronto, quella rete di stimoli all'interno del proprio sistema sanitario ospedaliero che è indispensabile per uscire da una stagnazione oligopolistica e che, peraltro, è la linea di politica sanitaria che oggi stanno adottando tutte le grandi nazioni europee, a partire dalla Germania, che l'ha intrapresa con grandissimo vigore. (...)

Dobbiamo riprendere vigorosamente il principio del pagamento a prestazione, questa vicenda che rischia di apparire un tecnicismo per pochi addetti ai lavori, invece noi dobbiamo avere la costanza e la pazienza di ricordarla sempre a tutti in modo esplicito e chiaro, perché uno dei grandi mali di questo

paese è stato l'aver abbandonato il processo partito con i decreti legislativi 502 e 517 del 1992-93, che si erano riproposti lodevolmente di transitare dalla spesa storica che forse è meglio chiamare spesa a più di lista, così ci capiamo bene tutti, ad un sistema dove tutta la rete degli erogatori pubblici e privati fosse remunerata esclusivamente per ciò che davvero erogava ai cittadini.

Chi ha un po' più di anni si ricorda perfettamente le continue polemiche giornalistiche sul piè di lista della fine degli anni '80 inizio anni '90, quando era quotidiano mostrare reparti ospedalieri pubblici, vuoti, con 40-50 letti dotati di medici e infermieri e un terzo, un quarto, un quinto di questi letti occupati da pazienti, perché non ci volevano andare, che costavano esattamente come se fossero stati pieni.

Questa realtà che temo non sia scomparsa dal nostro paese, si affronta in modo chiaro e risoluto in un solo modo, tagliando l'ossigeno economico che perviene a queste che sono vere e gravi inefficienze. Il metodo utilizzato nel mondo è uno solo, il pagamento a prestazione che, voglio ricordare, non è un caso che Germania e Francia, essendo arrivate dopo l'Italia, ma avendo oggi la volontà di applicarlo con ben altra severità e ben altro rigore del nostro paese che, purtroppo, nel 1999 ha abbandonato questo metodo per la componente di diritto pubblico.

Il bel risultato che abbiamo ottenuto è che gli ospedali pubblici continuano ad essere sostanzialmente pagati a piè di lista, su di loro si può caricare ogni spreco, senza avere il minimo riscontro di prestazioni e questa è una strada che io temo abbia costituito una cultura che dobbiamo assolutamente, insieme, eradicare.

Il concetto stesso di costi standard verso il quale noi andiamo ad approssciare, a nostro

giudizio deve incorporare e fortemente utilizzare, almeno prospetticamente, la nozione di pagamento a prestazione. (...) Bisogna assicurare i LEA a tutti i cittadini italiani, i LEA sono espressi dal finanziamento a prestazione. Dunque, il finanziamento per la rete ospedaliera è pari alla somma, questa sì, puntuale a piè di lista, del totale delle prestazioni erogate da tutti gli erogatori pubblici e privati che debbono essere pagati a trenta giorni.

Poi naturalmente, ammortizzatori sociali perché ce ne vorranno nel comparto pubblico ma nettamente distinti e chiaramente identificati. (...)

Va costruita, quindi, una giusta tariffa che oggi non c'è, perché è troppo sottovalutata in quanto non è calcolata sui costi standard reali. Allora facciamo un tariffario nazionale calcolato su costi standard reali (...) Poi apriamo il capitolo degli ammortizzatori sociali, chiamandoli una volta per tutte con il loro nome: ammortizzatore sociale.

Questo processo porterebbe una grande trasparenza, indurrebbe le regioni a concentrarsi veramente sulle prestazioni, darebbe valori tariffari più coerenti con quelli che sono i costi, sarebbe la premessa per la costituzione di un sistema libero e aperto perché il pagamento a prestazione ha un grandissimo valore etico in quanto dà al cittadino l'unica vera centralità di sistema, facendola diventare una persona che paga la propria prestazione.

Al di là di tante affermazioni teoriche, perfettamente condivisibili e sacrosante, sappiamo bene che, se vogliamo fare del cittadino veramente il centro del sistema, abbiamo un solo modo: dargli più potere nei confronti del sistema stesso. Quindi, per dargli questo potere, come avviene in tutto il mondo, nella sanità è il pagamento a prestazione. ■

Luca Antonini

In questo lavoro sul Federalismo fiscale molti dati sono venuti proprio grazie al Rapporto Aiop, cioè che hanno dato il polso della situazione e ci hanno fatto capire dove e come bisognava intervenire.

Un aneddoto quando è stato visto il dato pubblicato dal Rapporto Aiop sugli ospedali della Calabria, i mitici otto ospedali dove ci sono dieci dipendenti per posto letto e indici di inefficienza spaventosi, tali per cui ci sono migrazioni sanitarie pari a 280 milioni di euro. Quindi l'IRAP della Calabria non basta per pagare le migrazioni sanitarie della regione, quindi ospedali costosissimi e spaventose migrazioni. Quello è diventato l'emblema del sistema.

Altra cosa, in Calabria ci si è resi conto del fatto che nel 2008 non c'era la contabilità, il governo nomina KPMG per ricostruirla, questa rimane sbalestrata rispetto a quello a cui



si trova di fronte, devono chiudere i tavoli con un metodo francese dell'ENA, cioè quello delle dichiarazioni verbali certificate. Il direttore della ASL che dichiara e poi firma chi sono i fornitori e quanto gli debbono.

Quello era l'unico metodo praticabile, la dichiarazione verbale certificata, per cui si riusciva a ricostruire la contabilità della Calabria. Quindi, viene da dire, i revisori dei conti che cosa facevano? Allora qui si capiscono i punti critici del sistema che va riformato.

Sui bilanci adesso c'è il decreto che dovrebbe armonizzare i bilanci di 9.700 enti, questa è un'operazione straordinaria che vale per il settore della sanità, ma anche per altri settori, pensiamo alle partecipate. Anche una regione virtuosa come il Piemonte, o una città ben amministrata come Torino, ha un numero spaventoso di partecipate, sono 700. I dati di bilancio il cittadino non li conosce, in certi casi per cominciare a fare delle indagini abbiamo dovuto mandare la finanza per capire nella Camera di Commercio quante erano. Non si riusciva a conoscere il numero delle partecipate di un comune, un

mistero.

Questi sono dati che dovrebbero essere evidenti al cittadino, messi su Internet: perde, guadagna, funziona, non funziona, quante sono. Questo è il cuore del federalismo, un'informazione trasparente sulla gestione, invece è tutto oscuro.

Questo è il processo che si sta avviando, fatto di piccoli passi perché un sistema come questo che con molta ragione Tremonti ha chiamato l'albero storto quando ha fatto la relazione in Parlamento, perché tutte queste disfunzioni impediscono che il federalismo funzioni e diventi ingestibile, anziché l'effetto virtuoso si ha l'effetto devastante di una alterazione della trasparenza. Il federalismo contabile che è nato nel 2001, è stato uno degli errori più clamorosi della riforma. Di principio il federalismo implica libertà di scelta sulla spesa, sull'entrata, ma non implica che ognuno i conti li faccia come vuole rendendoli oscuri, impedendo i confronti, quando il cuore del federalismo è proprio il confronto.

Tant'è vero che nessun sistema federale ha il federalismo contabile, noi invece con il 2001 abbiamo spostato enormi competenze, la materia di organizzazione sanitaria ormai è esclusiva regionale, eppure è rimasta la finanza derivata nel 2007 di 12 miliardi di euro, cinque regioni in extradeficit e il federalismo contabile. È una miscela esplosiva, decentramento legislativo molto forte in un



Roberto Cota

"Le risorse restano sul territorio"

Un giudizio sul federalismo che si sta delineando dai decreti del Governo.

"In tema di federalismo credo vada fatte le seguenti considerazioni. Grazie al voto finale del 29 marzo 2009 in Senato sul disegno di legge, in materia di federalismo fiscale oggi possiamo finalmente dire che non si torna più indietro. Ci sono voluti quasi 150 anni, ma un primo importantissimo risultato è arrivato. E' stata sancita la fine del centralismo e della finanza derivata, in cui i soldi della gente che paga le tasse venivano prelevati senza sapere dove andassero a finire. Col federalismo le risorse rimarranno finalmente sui territori e tutti gli amministratori locali saranno responsabili di come si spenderanno le risorse. Il federalismo fiscale è la sola riforma che possa salvare il Nord e, di conseguenza, il sistema Paese. Su federalismo, anche in sede di approvazione dei vari decreti attuativi, su tutti quello del federalismo regionale, c'è stata un grande convergenza, più ampia di quella delle forze che sostengono il governo. Come Governatore sono contento che un decreto fondamentale come quello sul federalismo regionale abbia avuto in sede di conferenza unificata l'assenso dei presidenti delle Regioni."

Un giudizio sul federalismo che si sta delineando dai decreti del Governo.

Qual è lo stato di avanzamento del federalismo?

"Approvati il federalismo demaniale, municipale e regionale, ora si sta intraprendendo la fase di quantificazione dei costi standard. Addio ai trasferimenti statali che coprono tutte le spese decise da sindaci e governatori. Se una regione spenderà più del dovuto, dovrà cavarsela da sola. Esisterà comunque un fondo perequativo necessario a finanziare solo i servizi di base di quegli enti in particolare difficoltà.

Il sistema, una volta a regime (2019), innescherà una selezione virtuosa delle classi dirigenti, perché renderà più trasparente il governo a livello locale. Nei prossimi anni ci sarà un rodaggio del nuovo fisco per comuni, province e regioni, che avranno mani più libere sia sull'addizionale Irpef, sia sull'Irap, che potrà essere abolita solo tagliando la spesa. Il tutto a pressione fiscale invariata."

Che ruolo vede nell'assetto che si sta delineando per la sanità privata nella sanità?

"Un ruolo come quello odierno, al fianco della sanità pubblica, che oggi è in forte trasformazione. L'equilibrio attuale in Piemonte tra pubblico e privato in Sanità mi pare un buon modello, che vanta eccellenze ad esempio nella ricerca e cura del cancro. La salute rimane comunque un bene pubblico e in tal senso va tutelato." ■

sistema di finanza derivata con un federalismo contabile.

Il federalismo cerca di correggere queste anomalie nei limiti con cui si riesce a fare le cose confrontandosi con la resistenza degli apparati, sia centrali che locali, perché la resistenza che si incontra è doppia, cioè, lo spirito conservatore dell'apparato centrale e quello dell'apparato locale. Quindi è una situazione veramente difficile quella in cui si opera.

Quando si dice che il federalismo fiscale aumenterà le tasse, ma bastavano due righe in Finanziaria per questo, qui ci sono otto decreti legislativi che cercano, secondo un tentativo perfettibile di razionalizzare questo albero storto della questione.

La questione è complicata, perché c'è un sistema in cui non c'erano le contabilità o che non sono attendibili, la regione che non dialoga con la ASL, un monolite in cui non riesce a capire niente nessuno. Caldoro ha dovuto chiamare gli ispettori del Tesoro per avere cognizione del debito che aveva ereditato da quello precedente dopo nove mesi è arrivato a capirci qualcosa. Ma se chiediamo quanti sono veramente i debiti pregressi, quanti miliardi sono quelli della Campania,



nessuno lo sa. Questo è il dato del sistema che bisogna correggere, è un problema di bilanci. Il sistema parte da un altro presupposto, si individuano tre regioni benchmark, punti di riferimento, quelli diventano il parametro in base ai bilanci 2011 nel 2013, finito l'attuale patto per la salute queste tre regioni diventano il criterio con cui avviene il riparto del fon-

do sanitario, questo determinerà l'evidenza dello spreco.

Questo non sposterà risorse da nord a sud, non viene sconvolto il sistema, però viene certificato lo spreco, cioè il dato sarà: Lazio tu hai 1,6 miliardi di disavanzo, oggi io lo certifico come spreco perché tu hai le risorse procapite almeno della Lombardia e con



Luca Ricolfi

“La pressione fiscale non scenderà”

Da un sostenitore del federalismo, vorremmo un giudizio sul federalismo che si sta delineando.

“Il mio giudizio è bifronte. Se mi chiedono se è meglio averlo fatto o sarebbe stato meglio lasciar perdere, rispondo che, con tutti i suoi difetti – soprattutto di lentezza e farraginosità – il federalismo previsto dalla legge 42 del 2009 è senz'altro meglio che niente, e qualche beneficio

netto finirà per produrlo.

Ma se mi chiedono se il federalismo manterrà le sue promesse dico risolutamente NO. La promessa principale del federalismo non era certo quella di alzare la qualità e quantità dei servizi pubblici erogati nelle regioni del centro-nord, che è già piuttosto buona. La vera promessa era di rimettere i territori più produttivi del paese nelle condizioni di tornare a crescere, riducendo le tasse che gravano su lavoratori e imprese. E questo consentendo ai territori “virtuosi” di trattenere una quota maggiore delle risorse che attualmente vanno a coprire le magagne del Sud: spesa corrente eccessiva, servizi inefficienti, evasione fiscale maggiore che nel resto del paese.

Su questo è inutile farsi illusioni: la pressione fiscale sui produttori non scenderà, e se mai dovesse scendere sarà solo fra molti anni (il federalismo entrerà a regime nel 2019), quando l'apparato produttivo del paese sarà ormai in coma.”

Qual è lo stato di avanzamento del federalismo ?

“Apparentemente buono, mancano pochi decreti attuativi, in particolare quello su Roma capitale e quello sulle sanzioni nei confronti degli amministratori che sfasciano i conti pubblici. Però ritengo che quello su cui c'è ancora molto da fare non siano tanto gli ultimi decreti previsti dalla legge delega, quanto:

- a) le norme correttive dei decreti già emanati;
- b) i regolamenti attuativi;
- c) la definizione futura - per via negoziale - dei numeri effettivi che governeranno il flusso delle risorse, gli incentivi e le sanzioni.

Da questo punto di vista la credenza, molto diffusa nel mondo della Lega, secondo cui con l'ultimo decreto attuativo il federalismo sarebbe “in cassaforte”, mi sembra del tutto infondata, più un modo di auto-rassicurarsi che una solida previsione.”

Che ruolo vede nell'assetto che si sta delineando per la sanità privata nella sanità?

“Non ho elementi per pensare che le cose possano cambiare molto rispetto al passato, e questo per una semplice ragione, ben illustrata dal professor Pelissero nella sua relazione al convegno di Torino: finché il sistema dei DRG varrà solo per la sanità privata non ci sarà mai una reale concorrenza, e alle Regioni potrà continuare a convenire mantenere strutture ospedaliere inefficienti ma governabili direttamente da parte del ceto politico.” ■



quelle ce la devi fare. A questo punto il sistema è certificato. Più un sistema di indicatori che viene progressivamente alimentato man mano che la contabilità diventa attendibile. Questo è il meccanismo che si sta montando e che dovrebbe portare ad una certa razionalizzazione. Il nostro sistema sanitario si è basato su questi patti della salute, che sono una specie di suk, il mercato arabo, io ho avuto la sfortuna di assistere durano un giorno e una notte, da un lato il governo, dall'altra parte le regioni che litigano. Cominciamo a

mettere degli argini e piano piano creiamo un sistema che gradualmente faccia evidenziare questo e responsabilizzi il governatore che deve aumentare l'addizionale IRPEF, ma fino al 3% in modo che i cittadini se non razionalizza lo mandano via. L'addizionale IRPEF pesa, lo vedi in busta paga, dalla regione vicina, è un meccanismo di responsabilizzazione marginale che ha un effetto elettorale importante. Se dite ad un governatore del nord se aumenterà l'addizionale IRPEF quello risponde: sei matto? È il mio fallimento. Quindi farà di tutto per evitarlo.

Con questo aumento, probabilmente anche già faranno di tutto per evitarlo, poi ci sarà il meccanismo del fallimento politico perché se quello per due anni non rispetta il piano di rientro, mette l'addizionale al 3% a quel punto viene mandato via. Il Governo segnala al Presidente della Repubblica il quale a sua volta controlla, se così stanno le cose, non ha rispettato in modo immotivato per due anni, il piano di rientro, per due anni ha portato l'addizionale al 3% c'è la rimozione, si va a nuove elezioni, con il fallimento politico, quindi con l'ineleggibilità del governatore per dieci anni, ma bisognerebbe metterlo per tutta la vita.

Io ho la dinamica di crescita della spesa sanitaria stimata, vai da 109 miliardi del 2010 arrivi allo stimato del 2014 di 122,4 miliardi, tendenziale. Se prendo la spesa previdenziale si va da 300 miliardi del 2010 si arriva a 338 miliardi del 2014, sono dinamiche di spesa impressionanti.

Abbiamo un sistema che va ripensato in cer-

te dinamiche anche perché andiamo incontro ad un obbligo di riduzione del debito pubblico che nei prossimi anni 2013-2014 costringerà ad interventi molto pesanti. Quindi o affronti i punti strutturali del sistema, per esempio i DRG andrebbero sicuramente introdotti nel sistema. Il decreto della contabilità civilistica per le aziende sanitarie va molto in questo senso. Quindi, basta più di lista, togliere l'aspettativa del ripiano statale. (...)

Inoltre, un sistema di prezzi di riferimento indicati sia a livello nazionale sia all'interno della regione, calibrati, se il soggetto responsabile degli acquisti che viene individuato acquista ad un prezzo diverso da quello di riferimento, c'è l'automatica segnalazione alla Corte dei Conti. Proprio per evitare cose tipo le sacche di trasfusione che in una regione costano uno, la stessa sacca in un'altra regione costa dieci volte di più. Spesso c'è anche il costo dei ritardi nei pagamenti, la Calabria è arrivata a novecento giorni.

Cosa possono diventare i debiti pregressi: non si riesce più a capire niente, mi dicono che la Campania spende 250 milioni di euro per gli avvocati sulla sanità, sul debito pregresso. Certo, se paghi a novecento giorni chissà cosa trovi, fatture pagate quattro volte, altre non pagate.

Quasi missione impossibile, si fa quello che si può, quando si dice che ci vorrebbe ben altro, alla fine tutto rimane come prima, invece cominci ad attaccare il sistema e piano, piano facciamo sinergie e lo implementiamo. ■

GOLF

XII° TROFEO AIOP ALLE "BETULLE" DI BIELLA

La vittoria alla regione Lazio

Il 26 maggio nel campo numero uno d'Italia i rappresentanti dell'Ospedalità Privata delle varie Regioni d'Italia si sono incontrati al Golf Club Biella nel meraviglioso ambiente naturale di betulle per disputare il XII° Trofeo AIOP di golf. Il percorso non è tra i più facili, anzi le difficoltà sono molte e ogni buca presenta caratteristiche molto particolari che non consentono distrazioni. La gara si è svolta nella tradizionale formula su 18 buche stableford, due categorie con premiazione dei primi tre classificati per categoria, il primo lordo, la prima lady e il primo seniores.

Vincitore del Trofeo 2011 è stato Stefano Bevilacqua di Viterbo che ha battuto sul filo di lana Giovanni Borri di Milano che si è aggiudicato il primo lordo; secondo netto Andrea Vecchi di Biella davanti a Sergio Fontana di Trento.

In seconda categoria ha vinto Fabio Barni di Carate Brianza, davanti a Tattini Anna di Bologna e Vincenti Rossella di Viterbo.

Prima Lady Annamaria Battaglia e primo seniores Alessandro Palmieri.

Alla cena sociale nella meravigliosa Reggia di Venaria Reale il Vice Presidente nazionale professore Gabriele Pelissero ha premiato i vincitori in una fantastica sala di fronte a 300 congressisti, dove Frova ha dato appuntamento per il prossimo anno a Roma all'Olgiate.

Grazie a Giovanni Borri e ad Antonio Frova per l'ottima organizzazione della giornata di sport e di amicizia espressa.



E-health, una rivoluzione tecn

Come per le altre e-parole come **e-mail** o **e-commerce** per **e-health** si intende l'applicazione delle **tecnologie informatiche** e di **Internet** al mondo della **sanità**.



Averardo Orta

Come la medicina, anche la tecnologia si evolve, ci spiega cos'è l'eHealth?

“Per e-health come per le altre e-parole come e-mail o e-commerce si intende l'applicazione delle tecnologie informatiche e di internet al mondo della sanità. E' un termine dal significato davvero molto ampio e tuttora in corso di definizione. Noi abbiamo inteso porre l'accento su questo tema per sottolineare come stia cambiando e come possa migliorare la sanità per i cittadini italiani, grazie alle nuove tecnologie.”

Perché è una rivoluzione?

“Già oggi, grazie alla nostra Applicazione per sistemi Apple (iPhone, iPod, iPad) denominata **i-AIOP** e scaricabile gratuitamente da AppleStore, i cittadini italiani potranno cercare le prestazioni sanitarie di cui necessitano dal proprio dispositivo mobile, ovunque sul territorio nazionale, scegliere fra le

oltre 500 strutture associate AIOP, prenotare o chiedere maggiori informazioni via telefono o via e-mail tutto con un click. La facilità di ricerca, la disponibilità diffusa di informazioni, prima complesse da aggregare e la totale gratuità del servizio sono già una prima risposta alla sua domanda.”

Quali sono i vantaggi per i cittadini-pazienti?

“Il vantaggio principale del quale possiamo godere attiene alla disponibilità di informazioni: non solo per il cittadino così che possa esercitare scientemente il suo inviolabile diritto di scegliere dove e da chi farsi curare, ma anche per i medici che avranno accesso alle informazioni sanitarie del paziente anche se generate da altre strutture e da altri specialisti, il tutto in tempo reale, senza il ri-



Grazie all'applicazione per sistemi Apple (iPhone, iPod, iPad) denominata **i-AIOP** e scaricabile gratuitamente da **AppleStore**, i cittadini italiani potranno **cercare le prestazioni sanitarie di cui necessitano** dal proprio dispositivo mobile, ovunque

sul territorio nazionale, **scegliere fra le oltre 500 strutture associate Aiop, prenotare o chiedere maggiori informazioni** via telefono o via e-mail tutto sfiorando il touch screen con le dita.

Guarda sul tuo SmartPhone il filmato di presentazione tramite il QR Code →



ologia per i cittadini-pazienti

schio di perdere dati, e prevenendo ulteriormente alcune categorie di errori.”

Quali sono gli scenari futuri?

“Ogni cittadino possederà un proprio fascicolo sanitario elettronico sul quale saranno registrati i referti, le cartelle cliniche conseguenti ad ogni ricovero, le prescrizioni, e la storia clinica. Questo sarà consultabile dal cittadino stesso o dal suo medico di medicina generale ma all'occorrenza anche dai medici di pronto soccorso e dalle strutture ospedaliere in caso di ricovero. I flussi di dati e le decisioni, anche terapeutiche, potranno essere così confrontate con la storia clinica del paziente e rese trasparenti a tutti gli attori del processo diagnostico-terapeutico-assistenziale. Internet diventerà un luogo dove ricercare soluzioni ai propri problemi di salute, anche sulla base di esperienze



COS'È L'AIOP GIOVANI

INTERVISTA A MICHELE NICCHIO,
VICEPRESIDENTE AIOP GIOVANI LOMBARDIA

“Noi, manager dell'oggi, con la missione di diffondere la cultura imprenditoriale della sanità privata”

Ci parli dell'attività di Aiop Giovani.

“Troppo spesso in Italia quando si parla di giovani ci si riferisce loro come *il futuro* delle istituzioni, delle imprese, della Nazione. All'interno di Aiop, i giovani non sono gli imprenditori del domani, bensì quelli di oggi. La maggior parte di loro ricopre già un ruolo lavorativo in azienda. Proprio per questo la sezione giovani ha come scopo quello di favorirne, oltre che la formazione, l'impegno, promuovendo la diffusione della cultura imprenditoriale della sanità privata, facilitando le occasioni di dibattito e di confronto, garantendo loro un ruolo attivo nei rapporti con le istituzioni e sfruttando la loro capacità di essere una costante fucina di idee.”

Qual è il supporto dell'area Nord?

“Il Servizio Sanitario Nazionale italiano fin dalla sua origine si è presentato come un organismo molto composito nel quale le differenze regionali hanno assunto precocemente una grande rilevanza, ma la cattiva gestione delle risorse finanziarie in tante regioni del centro-sud spesso considerate esclusivamente bacino di voti, non ha fatto altro che acuire queste differenze. Il nostro obiettivo anche come Aiop giovani è quello di dare a tutti i cittadini Italiani, a Milano come a



che si sono dimostrati vincenti. Se penso in particolare alla Lombardia, da ben 9 anni ha i propri conti in equilibrio fornendo cure di elevato livello qualitativo oltre che ai propri cittadini anche ad altri 150.000 pazienti che ogni anno vengono a curarsi dal resto del paese. Questo è stato possibile attuando una netta separazione tra i ruoli di regolatore (Regione), erogatore (aziende ospedaliere pubbliche e private) e controllore (Asl), nonché grazie alla pluralità di offerta di prestazioni specialistiche ed ospedaliere fornite da un mix di erogatori pubblici (2/3) e privati (1/3) che ha garantito al cittadino una reale e consapevole libertà di scelta del luogo di cura.”

All'interno di Aiop, i giovani non **sono gli imprenditori** del domani, bensì quelli **di oggi**.

La maggior parte di loro ricopre già un ruolo lavorativo in azienda. Proprio per questo la sezione giovani ha come scopo quello di favorirne, oltre che la formazione, l'impegno, promuovendo la **diffusione della cultura imprenditoriale della sanità privata**.

Quali sono le sfide di oggi?

“Per rispondere a questa domanda cito semplicemente due numeri che sono emersi anche nel corso dell'ultima Assemblea Generale Aiop svoltasi a Torino pochi giorni fa: 16 e 7,5. Le case di cura private producono infatti il 16% delle prestazioni del SSN con una spesa che non supera il 7,5% di quella complessiva e con un peso medio dell'attività svolta pari a quello delle strutture pubbliche. Questo vuol dire che siamo più efficienti quindi dobbiamo chiedere con sempre maggior insistenza alle istituzioni di sfruttare questa peculiarità spostando le risorse che troppo spesso, destinate a strutture pubbliche, non vengono utilizzate, verso strutture dove vengono tradotte in minori tempi di attesa.”

E quali gli scenari del futuro?

“Come già detto noi giovani siamo gli imprenditori dell'oggi, ma sempre con uno

sguardo proiettato verso il futuro, e nel nostro settore futuro vuol dire tecnologia e strumenti che possano facilitare l'accesso alle cure necessarie. Per questo sempre a Torino ha debuttato I-Aiop, una applicazione gratuita disponibile per la piattaforma Apple (e a breve anche per i sistemi android e blackberry), realizzata all'interno di un progetto fortemente voluto da noi giovani Aiop. Questa permette ai cittadini di localizzare tramite la posizione gps del proprio smartphone l'ospedale più vicino, di visualizzare che tipo di prestazioni è in grado di fornire ed eventualmente di effettuarne la prenotazione."

Aiop Giovani cerca da sempre il confronto con le esperienze realizzate in altri Paesi, c'è un modello a cui vi ispirate?

Il nostro SSN è probabilmente quello che garantisce il maggior grado di copertura di assistenza sanitaria. Qualsiasi individuo calpe-

fatte da altri utenti che potranno condividere in rete. Alcune prestazioni da locali diventeranno globali e saranno, quindi, rese disponibili anche a chi, per motivi diversi, ne era escluso. La competizione positiva, lo stimolo al miglioramento delle performance e il vantaggio per le strutture leader saranno incalcolabili. Speriamo anche che questa rivoluzione porti ad una maggiore trasparenza rispetto ai costi e ad una riduzione degli sprechi che sono, oggi, il vero cancro del nostro Sistema Sanitario Nazionale."

E qual è il livello dell'offerta in Italia?

"Purtroppo, rispetto ad altri paesi non possiamo certo vantarci. Ogni indagine segna come l'Italia abbia colto con ritardo questa sfida. Crediamo che sia tempo di recuperare il gap con i paesi in testa e porci come un soggetto attrattivo a livello mondiale. La mia speranza è che la politica capisca che lo svi-

sti il suolo italiano ha diritto al medesimo livello di cure, ma questo ovviamente non senza un problema di reperimento di risorse finanziarie che purtroppo sono un bene scarso. Tutti i modelli che abbiamo avuto l'occasione di studiare hanno il medesimo problema ed ognuno a cercato di risolverlo in maniera diversa. Gli Stati Uniti sfruttando il sistema assicurativo, il Giappone cercando di filtrare meglio l'accesso alle prestazioni ospedaliere cercando di evitare le richieste "improprie", l'Inghilterra affidando la regolazione del sistema a consorzi di medici di base che contrattino direttamente con le strutture ospedaliere l'erogazione dei servizi. Ritengo che non si possa individuare un unico modello cui ispirarsi, ma più probabilmente un mix delle varie soluzioni adottate possa permettere di sfruttare i vantaggi dell'uno e dell'altro, evitandone le distorsioni." ■

luppo della sanità può essere un forte vettore per la ripresa economica e nel nostro paese vi sono tali e tante eccellenze che, potendo offrire servizi e-health all'avanguardia, saremmo in grado di attrarre pazienti da ogni parte del mondo."

Come si applica il tutto alle aziende sanitarie?

"Questa è la fase più semplice, a volte sono le aziende sanitarie che prevengono le domande dell'utenza. Purtroppo senza uno standard nazionale e linee guida chiare, a volte si corre il rischio di investire in una direzione che poi, si rivelerà incompatibile con le decisioni future. E' indispensabile definire al più presto una piattaforma nazionale che sia incentrata sui bisogni del cittadino ma che coniughi al tempo stesso le esigenze di trasparenza e correttezza nella rendicontazione dei costi, dei risultati e di eventuali sprechi!" ■

Carta Siss per

Dopo dieci anni dalla prima sperimentazione a Lecco come ha amplificato le sue potenzialità la Crs-Siss?

"In dieci anni la Crs (Carta Regionale dei Servizi) ha raggiunto una diffusione capillare sul territorio lombardo e rappresenta per i cittadini la chiave di accesso, anche online, ad una molteplicità di servizi sia sanitari sia amministrativi. Dal punto di vista sanitario la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che sintetizza le informazioni sulla salute del Cittadino, e l'estensione del Siss (Servizio Informativo Socio Sanitario) alle strutture sanitarie private ha dato un impulso rilevante alla visibilità del progetto da parte dei Cittadini."

La Regione Lombardia sta inviando le nuove carte con i nuovi pin, cosa cambia?

"Nel 2010 la Regione Lombardia ha inviato ai cittadini le nuove Crs in sostituzione di quelle in scadenza, come previsto dalle norme nazionali. La riemissione ha reso necessario riacquisire il consenso dei pazienti necessario allo scopo di ottenere il codice Pin/Puk associato alla nuova Crs che, utilizzato insieme alla Carta, garantisce l'accesso ai servizi online nel pieno rispetto della sicurezza e della privacy. Per quanto riguarda l'aspetto tecnologico, le funzionalità della carta Crs sono state ampliate in previsione di incrementare sempre più la gamma di servizi accessibili tramite la stessa."

Com'è stato il percorso di adeguamento al progetto Crs-Siss per le strutture private accreditate?

"L'obbligatorietà di adesione al Siss degli enti erogatori privati accreditati e' stata sancita dalla legge 18/07 del 31/7/2007 che, nell'articolo 1 dispone che: "...Al fine di dare attuazione alle disposizioni nazionali in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, gli erogatori di prestazioni socio sanitarie a carico del servizio sanitario regionale ... sono tenuti ad aderire al sistema informativo socio sanitario utilizzando la piattaforma tecnologica e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari in modo da poter realizzare il fascicolo sanitario elettronico...". Da subito si sono effettuati incontri tecnici fra Regione Lombardia, Lombardia informatica e le rappresentanze delle aziende sanitarie private accreditate per condividere gli obiettivi e le

Altri documenti e filmati li trovano sul sito www.aiopgiovani.it

The screenshot shows the AIOp Giovani website interface. At the top, there is a navigation menu with links for 'Presentazione', 'Attività', 'Struttura AIOp Giovani', and 'In Evidenza'. Below the menu, there is a photo of a group of people in a meeting, a map of Italy highlighting the regions, and a list of events including '20 Dicembre 2011 Presentazione I-Aiop', '20 Ottobre 2014 AIOp Study Tour Nuova', and '01 Luglio 2011 AIOp Sicilia - Meeting Regionale'. The website also features a logo for 'LA SANITA' DEL FUTURO' and a footer with the AIOp Giovani logo.

e strutture private, corso in continua evoluzione

La rappresentante Aiop del **gruppo di lavoro Erogatori privati in Regione Lombardia** per la Carta Siss spiega il percorso di adeguamento al progetto Crs-Siss per le strutture private accreditate



scadenze temporali del processo di adesione al Siss. Alla legge è seguita la delibera VIII/5738 del 31/10/2007 “Progetto Crs Siss: Prima attuazione art. 1 L.R. 18/2007” in cui sono state formalizzate le decisioni prese negli incontri tecnici e le modalità operative e i ruoli degli aderenti. Per gli erogatori privati si sono identificate 2 fasi: una prima fase che ha previsto l'invio, per tutte le strutture private accreditate, dei flussi in formato digitale utilizzando gli strumenti Siss entro il primo semestre 2008 e la seconda fase che ha suddiviso gli erogatori in diversi gruppi per l'integrazione graduale all'interno del sistema a partire dal primo semestre 2008, secondo piani attuativi messi a punto dagli erogatori e validati da Regione Lombardia. Un ulteriore aspetto ha riguardato la richiesta degli erogatori di ricevere un contributo economico, a parziale copertura dei costi conseguente agli investimenti in hardware e software necessari per l'integrazio-



Elena Bottinelli

ne del Siss al sistema informativo ospedaliero, a cui Regione Lombardia ha risposto positivamente mettendo a disposizione risorse erogabili al raggiungimento degli obiettivi condivisi nei piani attuativi. In sintesi non è stato un percorso facile. Ha richiesto investimenti nella revisione organizzativa e nell'evoluzione infrastrutturale del proprio sistema informativo ed è un percorso in continua evoluzione poiché il processo di adeguamento deve essere costante e seguire nel tempo gli sviluppi del Siss in termini di servizi e funzionalità.”

Quali sono i vantaggi per i cittadini-pazienti?

“Sicuramente un vantaggio è avere in tasca e poter utilizzare un'unica tessera multifunzionale – valida come Codice Fiscale, Carta Nazionale dei Servizi, Tessera sanitaria, Tessera Europea di Assicurazione Malattia – che consente, da un lato, l'accesso online ai servizi regionali, delle Pubbliche Amministrazioni Locali e Nazionali e, dall'altro, un accesso più facile alle strutture

della sanità e socio-sanità. Nel prossimo futuro, la fruizione elettronica della prescrizione consentirà ulteriori grandi snellimenti burocratici per il cittadino e riduzioni di errori nella somministrazione delle cure (es. farmaci).”

E quali ancora le criticità?

“Le criticità nell'utilizzo della Crs sono da ricondurre alla portata della sfida che Regione Lombardia ha colto investendo su un cambiamento culturale che richiede tempo: trasformare i lombardi in “cittadini digitali”. Ma i dati del 2010 confermano che la direzione intrapresa è quella giusta: basti pensare che sono circa 6 milioni i Fascicoli Sanitari Elettronici attivi online e questo significa che il 60% dei cittadini lombardi ha dato il cosiddetto Consenso Informato, necessario per pubblicare in rete i dati sanitari.”

La privacy è assicurata?

Il Siss, fin dalla sua nascita, mette al centro la privacy del cittadino e a tale scopo, in conformità con la vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, rende disponibili tre livelli di controllo in relazione all'accesso ai dati personali: *consenso*: al cittadino viene richiesto il consenso perché possano essere effettuati i trattamenti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico per le finalità della sua cura. Senza consenso nessun trattamento può essere effettuato. *Regole di accesso*: una volta che il cittadino ha espresso il consenso, solo l'operatore sanitario che riveste il ruolo di “Medico che ha in cura il cittadino” può trattare i suoi dati sanitari. Il cittadino con atto volontario stabilisce quali operatori possono ricoprire tale ruolo. *Oscureamento dei dati*: al cittadino è data la possibilità di decidere, discrezionalmente, quali dati sanitari non rendere visibili agli operatori da lui autorizzati. Inoltre il Siss, a garanzia della riservatezza e della protezione dei dati, si avvale delle più avanzate tecniche di sicurezza tra le quali l'utilizzo di carta a microprocessore (smart-card) sia per il cittadino (la Crs) sia per l'operatore sanitario, la cifratura dei dati sanitari, la firma digitale. ■

Eccellenza in chirurgia generale

Quarta puntata



Mille interventi in dieci anni

Il dottor Giuseppe Marinari ha conseguito la specializzazione in chirurgia generale e scienza dell'alimentazione a indirizzo dietologico e dietoterapico all'Università di Genova. È chirurgo addominale e dell'obesità. A partire dal 1988 ha lavorato diversi anni con il professor Nicola Scopinaro, noto in tutto il mondo per aver ideato l'intervento di diversione biliopancreatica, acquisendo così un'esperienza tra le maggiori in Italia. Importante anche la formazione all'estero, dalla Clinica Metabolica dell'Università di Goteborg al Mount Sinai Hospital di New York. Dopo esser stato responsabile dell'unità operativa di Chirurgia dell'obesità all'Azienda ospedaliera universitaria San Martino di Genova, dal 1° ottobre 2010 è responsabile della sezione di Chirurgia bariatrica di Humanitas Gavazzeni Bergamo. Negli ultimi 10 anni ha eseguito più di 1000 interventi per obesità come primo operatore, oltre a un centinaio di revisioni o conversioni di interventi precedentemente eseguiti. ■

Giuseppe Marinari



L'intervento malassorbitivo, messo a punto dall'Università di Genova nel 1976, si pone oggi come **soluzione idonea nei casi di super obesità e sindrome metabolica grave**.

Humanitas Gavazzeni applica la metodica come **trattamento d'elezione nella terapia sequenziale** dell'obesità. Tra gli interventi maggiormente eseguiti dall'équipe chirurgica, supportata da una struttura anestesologica di alto livello, anche la **sleeve gastrectomy**.

Dottor Marinari, qual è la specificità della vostra attività bariatrica?

“Da un punto di vista propriamente chirurgico siamo specializzati nell'eseguire due tipologie di intervento. In primo luogo la sleeve gastrectomy, procedura da noi applicata con maggior frequenza e che è abbastanza nuova nel settore della chirurgia bariatrica. In secondo luogo la diversione biliopancreatica, intervento malassorbitivo molto potente, il più efficace nella chirurgia dell'obesità, che può portare grossi vantaggi ma anche svantaggi. Come chirurgo dell'obesità mi sono formato e ho operato per diversi anni a Genova, dove questo tipo di intervento è stato messo a punto. L'esperienza che ho accumulato è una delle maggiori in Italia e per questo motivo propongo la diversione anche come secondo intervento nella redo-surgery, ovvero negli interventi di revisione.”

Perché questa preferenza per la sleeve gastrectomy?

“La sleeve gastrectomy dura in media 60 minuti. Non è un intervento né lungo né complesso e permette la migliore qualità di vita post operatoria ai pazienti. Non ho mai visto le persone entrare in ambulatorio con il sorriso sulle labbra come dopo esser state sottoposte a questa metodica. Ha come specificità quella di essere un intervento che fa dimagrire perché fa mangiare di meno: riduce molto la fame e dà quindi sazietà precoce.”

Questo intervento è definito “restrittivo ormonale”. Che significato assume il termine “ormonale”?

“A tutti gli effetti con la sleeve gastrectomy si asportano i due terzi dello stomaco e si è dunque portati a pensare che il paziente mangi meno per la diminuita capacità gastrica. In realtà, non è proprio così. Entrano infatti in gioco alcuni ormoni prodotti a livello del tratto digerente. Tra questi la grelina, ormone scoperto una decina di anni fa, uno dei principali responsabili del nostro appetito. In diverse pubblicazioni è stato confrontato il livello di grelina prima e dopo l'intervento di sleeve gastrectomy e si è evidenziato come il livello di questo enterormone, dopo l'intervento, risulti più che dimezzato. Il motivo è che è prodotto per lo più dal fondo gastrico, la parte di stomaco rimossa nel corso dell'intervento. Ma non solo. Trasformando la forma fisiologica dello stomaco in un tubo, il transito del cibo è più accelerato e il rapido giungere del cibo nella prima

INTERVISTA A GIUSEPPE MARINARI, RESPONSABILE DELLA SEZIONE DI CHIRURGIA BARIATRICA DI HUMANITAS GAVAZZENI BERGAMO

Obesità e sindrome metabolica grave: la cura chirurgica

parte dell'intestino stimola la produzione di altri enterormoni responsabili della sazietà, quali PYY o colecistochinina. Insomma, la persona operata di sleeve gastrectomy sta bene senza fatica. Mangia meno perché ha meno fame.”

Si tratta di una soluzione definitiva?

“No, non è un meccanismo eterno. Ad alcune persone, a distanza di 4-5 anni l'appetito può aumentare nuovamente. Il lavoro che si deve fare, però, è a quel punto diverso da quello di un obeso che per la prima volta prova a mettersi a dieta. Si tratta di persone che ormai hanno perso più della metà del loro sovrappeso e che si trovano a dover difendere un risultato raggiunto. È molto più facile mantenere quel peso che non partire da capo e perdere tanti chili”.

Con quale frequenza eseguite questa metodica?

“Tenendo conto che eseguiamo complessivamente 25-30 interventi al mese, questo, nello specifico, rappresenta il 60% dell'attività. Si tratta dunque di circa 15 interventi al mese”.

Come decidete qual è l'intervento più idoneo per un determinato paziente?

“La nostra valutazione sulla persona da operare è

collegiale. Il malato deve essere infatti valutato secondo criteri multidisciplinari. Questo significa che i diversi specialisti che si interfacciano con il paziente, ovvero endocrinologo, nutrizionista, psicologo e chirurgo, si confrontano e decidono poi insieme quale intervento proporre. Non esiste in questo settore una “evidence based medicine”, ossia un intervento giusto per un determinato caso, come ad esempio nella chirurgia oncologica. Esistono solo linee guida. È fondamentale, dunque, il dialogo continuo con il paziente, le cui aspettative sono importanti. Fermo restando che la chirurgia dell'obesità migliora tutti gli apparati, da quello vascolare a quello respiratorio, chi si sottopone a chirurgia dell'obesità deve infatti mettere talora in conto qualche difficoltà sull'apparato digerente. Oltre quindi a valutare le sue aspettative in termini di

Le cause

Le origini endocrine e da alterazioni cromosomiche dell'obesità sono molto rare. L'eccesso di peso nasce dall'abitudine scorretta di introdurre con l'alimentazione più calorie di quante se ne consumano. Le cause fondamentali sono innanzitutto ambientali. Nel mondo occidentale le professioni di fatica sono quasi scomparse e l'energia necessaria è semplicemente quella richiesta dall'organismo per espletare le proprie funzioni biologiche e sopravvivere. Paradossalmente oggi si assiste a un bombardamento mediatico che induce un continuo stimolo verso il cibo. Anche le occasioni sociali ruotano tutte attorno alla tavola. Si consuma dunque sempre troppo poco rispetto a quanto necessario. Tra le altre cause, quelle familiari: incide in modo significativo nascere in un contesto di soggetti obesi, sia a causa delle abitudini alimentari scorrette ormai consolidate, sia per il tipo di metabolismo più lento che probabilmente caratterizza gli altri componenti della famiglia. Da evitare anche la moda delle diete drastiche, in vista della prova costume o di un evento mondano. Le perdite rapide di peso incidono infatti sulla capacità dell'organismo di consumare e, una volta terminata la dieta, producono il cosiddetto effetto yo-yo. ■



peso o la capacità di modificare le abitudini alimentari, bisogna valutare il grado di tolleranza in termini di complicazioni”.

Quando optate, invece, per la diversione biliopancreatica?

“Bisogna chiarire innanzitutto che l’obesità è una malattia cronica e recidivante. Gli interventi possono funzionare bene ma è comunque da mettere in conto una certa percentuale di fallimenti: nella perdita di peso, nel mantenimento del peso perso e di tipo meccanico. Bisogna dunque proporre qualcos’altro al paziente in seconda battuta. La diversione biliopancreatica, in genere, si propone come primo intervento a pazienti con BMI superiore a 55, per i quali le altre procedure avrebbero una certa probabilità di fallire. Non di rado, ed è questo il nostro caso, si propone invece come terapia sequenziale: si sottopone il paziente a una soluzione meno impegnativa e, nel caso non desse i risultati sperati, si opta per la diversione biliopancreatica come redo-surgery. È molto efficace nelle sindromi metaboliche gravi, quando cioè la persona, oltre che obesa, è diabetica, ipertesa o ipercolesterolemica. Con questo intervento è possibile infatti arrivare ad abbandonare le terapie seguite in precedenza e diminuire notevolmente l’assunzione di farmaci. Si tratta però di un intervento piuttosto impegnativo.”

Si riferisce soprattutto al post-operatorio?

“Sì, la fase post intervento è complessa. Sia il medico sia il paziente devono essere in grado di gestirla. Tutti gli interventi di chirurgia dell’obesità richiedono la collaborazione del paziente nel controllare l’apporto di cibo. La diversione biliopancreatica non richiede questo impegno perché consente di arrivare a una forte perdita di peso, fino al 70% dei chili in eccesso, e a una certa libertà nell’alimentazione. Ma richiede la capacità di prevenire le possibili complicazioni di un ridotto assorbimento intestinale: un’arma molto pesante se messa nelle mani di chi non è in grado di usarla. Si deve dunque valutare quanto il paziente abbia voglia di occuparsi della propria salute. Questo significa assumere un’alta quota proteica e soprattutto integratori di vitamine per tutta la vita.”

Quali altri interventi si applicano nella redo-surgery?

“Tra gli altri interventi di chirurgia di revisione c’è il bypass gastrico, tra i più utilizzati al mondo, eseguito naturalmente anche da



“Il peso non è un problema stagionale, ma di tutta la vita. Non è la dieta, ma l’educazione alimentare che ci salva dal sovrappeso, o peggio dall’obesità.”

Percorsi differenziati

Il Centro Obesità di Humanitas Gavazzeni propone a ogni paziente un iter personalizzato. Nel momento in cui si concorda una prima visita per una valutazione multispecialistica, è il Centro stesso a disporre le indagini da effettuare e le informazioni specifiche da segnalare ai diversi medici che si devono interfacciare con il paziente, ad esempio elettrocardiogramma, esami del sangue concernenti le più comuni malattie metaboliche, diario alimentare, ecc. In un’unica giornata endocrinologo, nutrizionista, psicologo e chirurgo incontrano singolarmente il malato, fornendo anche tutte le informazioni relative alla terapia chirurgica dell’obesità e ai diversi interventi possibili. Al termine delle visite i medici valutano poi collegialmente ogni singolo caso, e assegnano o meno l’idoneità alla terapia chirurgica. ■

Indice di massa corporea o bmi

Normopeso: Bmi = 20-24.9

Sovrappeso: Bmi = 25-29.9

Obesità di I grado: Bmi = 30-34.9

Obesità DI II grado: Bmi = 35-39.9

Obesità DI III grado: Bmi = 40-50

Superobesità: BMI > 50

noi. Poi c’è il duodenal switch, che si fa a seguito di un intervento di sleeve gastrectomy qualora il paziente abbia riacquisito peso. A volte si applica la stessa sleeve gastrectomy come revisione di un bendaggio gastrico. Il rischio, però, è che non sia sufficiente a ottenere un calo ponderale. Considerazione comune a tutte le metodiche è che gli interventi di revisione sono più complessi dei primi interventi ed è dunque fondamentale avere un’equipe specializzata, anche per seguire il paziente nel post operatorio. A questo proposito è da rilevare come il nostro Centro si avvalga, oltre che di un team multispecialistico, anche di una struttura di tipo anestesiologicalo di alto livello: una terapia intensiva efficiente e attrezzata e un gruppo di anestesisti altamente specializzato”. ■



Sleeve gastrectomy

La sleeve gastrectomy è un intervento di nuova concezione introdotto in chirurgia bariatrica da una decina di anni. Consiste nell'effettuare una resezione gastrica verticale, con successiva tubulizzazione dello stomaco residuo. La perdita di peso è data da un diminuito introito di cibo, conseguente a una forte riduzione dell'appetito e a sazietà anticipata: entrambi questi fenomeni derivano dalla profonda modifica nella secrezione di ormoni prodotti dal tubo digerente. Nei primi anni il calo ponderale è importante, vale a dire circa il 50% e oltre del sovrappeso, e si ottiene senza grossi sforzi. Più critico è il mantenimento a lungo termine del peso perso, affidato alla collaborazione del paziente che, al lento ritorno

dell'appetito, dovrà continuare a seguire un regime ipocalorico. Le tempistiche dell'intervento sono limitate, circa 60 minuti, e nel post operatorio non si registrano complicazioni nutrizionali. Per la buona qualità di vita che consente, il trattamento è stato inizialmente adottato in casi particolari quali pazienti anziani o malati ad alto rischio se sottoposti a interventi prolungati. Oggi, a seguito degli eccellenti risultati e all'alta soddisfazione degli operati, è diventato un intervento proposto con maggior frequenza, sia in soggetti con BMI = 35-50 come possibile intervento risolutivo, sia in soggetti super obesi con BMI > 55, mettendo in conto un'eventuale terapia sequenziale. ■

Cos'è la Bpd

Risultato della ricerca italiana, la diversione biliopancreatica o BPD è stata eseguita per la prima volta all'Università di Genova nel maggio 1976. È un intervento ormai più che collaudato grazie a quasi 35 anni consecutivi di esecuzione. Lo studio dei risultati, positivi e negativi, sul lungo periodo di applicazione, ha permesso di apportare alcune modifiche che, senza snaturare l'idea originale, hanno reso la metodica non solo efficace ma anche a limitato rischio di complicazioni. La BPD si esegue effettuando una resezione gastrica distale, ovvero asportando circa 2/3 di stomaco compreso il piloro, la colecistectomia per la profilassi dei calcoli e la diversione biliopancreatica vera e propria, che consiste nella creazione di un doppio condotto intestinale che ritardi l'incontro fra cibo e succhi digestivi. Nella norma l'intestino tenue o piccolo intestino è un unico tubo che continua dallo stomaco fino al colon o grosso intestino:

nella BPD si divide il tenue in due tubi, senza asportarne alcuna parte, facendo sì che in un condotto passino gli alimenti (tratto alimentare) e nell'altro le secrezioni digestive biliopancreatiche provenienti da fegato e pancreas (tratto biliopancreatico); i succhi digestivi incontrano il cibo a 50 centimetri dal colon, e solo per questo breve tratto, detto tratto comune, si mischiano ad esso. La BPD ha come meccanismo di azione il ridotto assorbimento: separare il cibo dai succhi digestivi per un lungo tratto di intestino tenue, che è il nostro organo assorbente, ha come conseguenza una ridotta digestione e, quindi, un ridotto assorbimento degli alimenti, specialmente lipidi e carboidrati che sono le principali fonti di calorie della nostra alimentazione. Il calo ponderale e il mantenimento del peso raggiunto non sono quindi dovuti a un ristretto regime alimentare: la dieta dopo la BPD è quasi libera, e l'unico alimento la cui assunzione va controllata è lo zucchero semplice (contenuto in frutta, dolci, latte, bibite e alcol), il cui assorbimento non è modificato. ■

Il post intervento

Che cosa aspettarsi dopo la BPD:

- calo ponderale di circa il 70% dei chili in eccesso in 12-18 mesi dall'intervento e mantenimento del nuovo peso negli anni successivi solo con attento controllo dell'introito degli zuccheri semplici.
- ritorno a valori normali di glicemia e colesterolo nel 98% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e in quasi il 100% degli ipercolesterolemici.
- risoluzione di eventuali comportamenti compulsivi grazie alla dieta semi libera.
- evacuazioni più frequenti, con feci molli, ma leodoranti e flatulenza.
- necessità di assumere quotidianamente, e per tutta la vita, integratori multivitaminici, calcio e ferro.
- necessità di una dieta iperproteica.
- eventuali complicazioni immediate e tardive come dopo tutti gli interventi chirurgici (ulcera, occlusione intestinale da aderenze, ernia della ferita chirurgica), e problemi nutrizionali specifici quali anemia, osteoporosi, deficit vitaminici o proteici. ■



STEFANO OLMI, RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA GENERALE DESCRIVE APPLICAZIONI E VANTAGGI DELLE TECNICHE CHIRURGICHE MINI-INV

“Chirurgia addominale, il gol

Il Presidio Ospedaliero di Zingonia-Osio Sotto ha adottato da tempo la soluzione laparoscopica come **prassi per la correzione e la cura** di numerose problematiche generali e oncologiche, anche in urgenza. Gli aspetti positivi sono molti: **migliore visibilità dell'area interessata**, maggior precisione e minor rischio di complicanze. Ma non tutti possono padroneggiare la tecnica con competenza e manualità. La specializzazione prevede infatti **un lungo iter formativo**.

È stata definita la “Seconda Rivoluzione Francese”. Messa a punto in Francia alla fine degli anni Ottanta, la laparoscopia ha infatti apportato cambiamenti così radicali in sala operatoria da essere considerata la più importante rivoluzione in campo chirurgico degli ultimi vent'anni. La metodica, che richiede un lungo percorso di acquisizione e una buona manualità da parte dell'operatore, consente di eseguire le tradizionali procedure chirurgiche in maniera mini-invasiva grazie al supporto di un sistema visivo che magnifica di almeno dieci volte l'immagine originale, ovvero una telecamera introdotta nella cavità addominale attraverso una piccola incisione cutanea dopo che è stata insufflata anidride carbonica per creare un idoneo spazio operativo. “Allo stato attuale vi sono procedure ormai standardizzate, per cui la chirurgia laparoscopica è ormai considerata il gold standard”, dice Stefano Olmi, responsabile dell'unità operativa di Chirurgia Generale e Oncologica del Policlinico San Marco di Zingonia, in provincia di Bergamo. “Tra queste, l'appendicectomia, la colecistectomia, gli interventi di plastica antireflusso per esofagite o ernia iatale, l'asportazione del surrene, le plastiche di ernie inguinali o per laparocoele e le resezioni coliche per malattie infiammatorie quali la diverticolite o la malattia diverticolare complicata.” La laparoscopia è insomma una tecnica chirurgica ormai di routine, che può essere considerata estremamente sicura. Tanto è vero che al Policlinico San Marco è utilizzata anche in urgenza, come nel caso di appendiciti complicate, colecistiti, ernia e laparoceli incarcerati, perforazioni di ulcera gastrica o perforazioni coli-

Vent'anni in prima linea

Stefano Olmi ha conseguito la specialità in chirurgia generale e dell'urgenza all'Università degli Studi di Milano. Dal 1991 al 2011 ha collaborato con il professor Enrico Croce, suo maestro, considerato il pioniere della chirurgia laparoscopica in Italia. Svolge interventi di chirurgia tradizionale, laparoscopica e robotica, con particolare interesse e specializzazione in campo oncologico, nelle malattie funzionali esofagee, nella chirurgia della parete addominale, nella chirurgia per l'obesità e le malattie metaboliche. Ha eseguito oltre 4000 interventi laparoscopici e laparotomici come primo operatore. Svolge attività di ricerca, è docente e tutore della Scuola Speciale A.C.O.I. (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) di Chirurgia laparoscopica e mini-invasiva, coordinatore e responsabile dei corsi internazionali di Chirurgia laparoscopica e mini-invasiva dell'Aeskulapium Centre di Tuttlingen. Dal 1° giugno 2011 è responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia generale e oncologica, Centro di Chirurgia laparoscopica e mini-Invasiva del Policlinico San Marco di Zingonia (BG). ■



che. Ancora più incoraggiante l'applicazione in chirurgia oncologica. Nei Centri specializzati, incluso quello di Zingonia, è possibile infatti ottenere risultati migliori rispetto alla chirurgia tradizionale. “Per quanto concerne la chirurgia oncologica, si possono effettuare gastrectomie parziali o totali, resezioni del colon, del retto e del

pancreas, con risparmio o meno della milza”, spiega il dottor Olmi. “In tutti questi casi la laparoscopia è una valida alternativa alla chirurgia tradizionale.” In letteratura esistono infatti evidenze certe, provate da trial internazionali europei e americani, che dimostrano come la laparoscopia, soprattutto nella chirurgia oncologica del

LE E ONCOLOGICA DEL POLICLINICO SAN MARCO DI ZINGONIA (BG), ASIVE.

d standard è la laparoscopia”



colon retto e dello stomaco sia una metodica oncologicamente sicura e radicale. “La mini-invasività della laparoscopia riduce il deficit immunitario post operatorio sempre associato al trauma chirurgico, favorendo un maggior controllo della malattia tumorale in termine di diffusione di micro metastasi”, precisa Olmi. Alcune ricerche hanno anche evidenziato una miglior prognosi nei tumori trattati per via laparoscopica rispetto agli stessi casi trattati con le tecniche tradizionali. “In alcuni studi europei è emerso che la sopravvivenza totale e l’incidenza di recidive a distanza è, non solo sovrapponibile, ma migliore rispetto alla chirurgia tradizionale.” La tecnica è infatti molto più precisa e perfezionata ed è possibile fare resezioni anche radicali con un maggior dettaglio della visione. “È una chirurgia che non causa un deficit post operatorio perché le anse intestinali non sono compresse con garze e non c’è manipolazione del tumore. Un approccio, quindi, estremamente delicato che consente al paziente di combattere la malattia da subito.” Ma quali sono i vantaggi per chi si sottopone all’intervento? “I vantaggi principali sono dati da mi-

Come si esegue

La metodica, nata anni fa con la colecistectomia laparoscopica, permette di evitare ampie incisioni addominali. Con pochi e minuscoli tagli si insuffla anidride carbonica per distendere l’addome e per creare un ambiente di lavoro idoneo, poi si introducono da due a cinque sonde cilindriche o “trocar” attraverso le quali si inseriscono una telecamera a fibre ottiche collegata a un monitor per l’osservazione e alcuni strumenti miniaturizzati per l’intervento. Anche se cambia la via d’accesso, la chirurgia è identica a quella tradizionale. I “pezzi operatori” sono estratti attraverso una piccola breccia cutanea, molto simile per lunghezza, ma non per posizione, a quella che si pratica per un intervento di appendicectomia. L’uso di dispositivi chirurgici tecnologicamente all’avanguardia come il bisturi a ultrasuoni, che permette il taglio e l’emostasi al tempo stesso senza intaccare i tessuti adiacenti, le

sonde endosonografiche, che consentono di visualizzare anche la presenza di lesioni di minimo diametro, i collanti biologici, le suturatrici meccaniche, molto più sicure in termini di compattezza delle anastomosi, permettono al chirurgo di utilizzare a pieno le potenzialità della tecnica. L’immagine, inoltre, è magnificata e, anche se il chirurgo è costretto a operare più lentamente, è molto più preciso nelle manovre. Impegnativo, tuttavia, l’iter per padroneggiare la tecnica: per la chirurgia del colon e del retto, a differenza che per la colecistectomia che è molto più diffusa, il processo di apprendimento è più lungo e articolato. È sempre necessaria una conoscenza specifica preliminare della chirurgia tradizionale in open dei tumori del colon e del retto. E per conseguire autonomia esecutiva è essenziale aver condotto almeno 30-40 procedure.



norì perdite ematiche, che non rendono necessarie trasfusioni di sangue, e netta riduzione del dolore post operatorio, soprattutto negli anziani operati per patologie oncologiche, che in sesta giornata possono essere dimessi. Inoltre si ha rapida canalizzazione e possibilità di ricominciare ad alimentarsi molto più precocemente che negli interventi tradizionali.” Anche l’asportazione di parti di stomaco, colon, retto o pancreas è molto più sicura. I reperti da estrarre sono infatti inseriti in un particolare sacchetto isolante in modo che non vi sia contatto con la parete addominale, e sono fatti fuoriuscire attraverso una piccola incisione sovrapubica. “Con questa metodica si impedisce la contaminazione e la comparsa di metastasi sul sito di estrazione del pezzo”, chiarisce il chirurgo. “L’intervento è

dunque più pulito e oncologicamente corretto perché il tumore non viene mai toccato. A differenza della laparotomia, dove è più facile toccare con le mani sia il tumore sia l’addome.”

Una tecnica efficace e affidabile, dunque, che nel nostro Paese però incontra ancora resistenza. “La laparoscopia non è diffusa ancora ovunque principalmente per due motivi”, chiarisce il dottor Olmi. “Innanzitutto perché è una chirurgia molto più costosa di quella tradizionale e che necessita di notevoli investimenti. Si tratta infatti di una metodica tecnologicamente avanzata che richiede strumenti nuovi quali il dissectore a ultrasuoni, il dissectore a radiofrequenza o particolari suture meccaniche che riescono a essere inserite nei piccoli fori di accesso alla cavità addominale. Poi c’è il problema dell’acquisizione del metodo. La tecnica va cioè imparata ex novo, perché completamente diversa da quella tradizionale, ed molto più facile che l’apprendano i giovani. Un chirurgo formato di mezza età difficilmente si dedicherà alla chirurgia laparoscopica perché l’iter formativo è troppo lungo. Non avrebbe gli stessi risultati che già ottiene con la chirurgia tradizionale.” Non tutti,

Pro

- il paziente ha dolore post operatorio molto limitato e fa dunque poco o nessun uso di farmaci antidolorifici
- può ricominciare ad alimentarsi precocemente
- ha una ripresa immediata delle funzioni intestinali
- può riprendere quasi subito a deambulare
- ha meno complicanze cardiache e respiratorie e minori rischi di piaghe da decubito, disturbi della deambulazione, tromboembolie, ascessi, emorragie, laparoceli ed ernie legate alla ferita
- può riprendere in tempi rapidi la chemioterapia
- può tornare alle attività quotidiane nel giro di pochi giorni

Contro

- la procedura non è indicata nel caso di tumori troppo grandi o che si sono estesi agli organi adiacenti, nei quali la manipolazione con microstrumenti potrebbe essere disagiata o pericolosa
- è fattibile ma indaginosa in caso di pregressi interventi addominali maggiori
- in caso di obesità la tecnica richiede alte competenze da parte dell’operatore, ma i vantaggi sono ancora maggiori



insomma, hanno le competenze per eseguire la laparoscopia con manualità. Ma forse è solo una questione di tempo. In Italia sono ormai diversi i centri specializzati che organizzano corsi di chirurgia laparoscopica, chirurgia oncologica inclusa, e che consentono veri e propri training in sala operatoria con relativi approfondimenti di tutte le fasi dell’intervento. Un’ottima formazione di base. Che non può prescindere però, soprattutto in ambito oncologico, da un successivo tirocinio intensivo che permetta di acquisire la necessaria autonomia esecutiva. ■

Quando l’esperienza insegna

Il Policlinico San Marco organizza corsi di chirurgia laparoscopica di base e avanzata. Durante gli incontri si affrontano nel dettaglio le procedure più comuni: dalla plastica antireflusso per l’ernia iatale al trattamento dell’ernia inguinale e del laparocelo, dalla chirurgia dell’obesità alla chirurgia oncologica di colon, retto e stomaco. I corsi sono rivolti a medici chirurghi di tutta Italia. Per informazioni si può contattare la segreteria organizzativa del Presidio Ospedaliero di Zingonia-Osio Sotto: tel. 035 886427 ■

INTERVENTO AL 7° CONGRESSO ANNUALE MONDIALE DELLA SANITÀ A BRUXELLES IL 13 APRILE 2011

Privatizzazioni: competenze e qualità nei sistemi sanitari in Europa

Molti sistemi sanitari europei erano all'origine solo o prevalentemente pubblici, ma negli ultimi 10 anni sono stati in parte privatizzati, e il trend è in crescita.

I sostenitori della privatizzazione solitamente ne evidenziano i vantaggi economici (costi più bassi a parità di prestazione e maggiore efficienza del manager privato rispetto al manager pubblico) e qualitativi (maggiore qualità e soddisfazione per le prestazioni erogate da operatori privati).

Il vantaggio economico è di solito molto evidente, ma sul vantaggio di qualità è più difficile effettuare delle valutazioni.

Gli eventi accaduti nel Servizio Sanitario Nazionale in Italia dal 1992 ad oggi possono fornire un esempio interessante e documentato per studiare gli effetti qualitativi delle privatizzazioni.

In Italia il Sistema Sanitario Nazionale, istituito con la legge 833 del 1978, venne immediatamente frazionato in 21 sistemi sanitari diversi l'uno dall'altro. Questa differenziazione è andata rapidamente aumentando a partire dal 1992, prima con i decreti legislativi 502 e 517, e poi con la modifica del titolo V della Costituzione: a quel punto non c'è più un vero Sistema Sanitario Nazionale, ma 21 Sistemi Sanitari Regionali (due dei quali sono anzi provinciali, perché fanno capo alle provincie autonome di Trento e Bolzano), tutti diversi l'uno dall'altro per qualità, per organizzazione, per costi, per efficacia e per efficienza.

Il cittadino italiano ha però la possibilità di utilizzarli tutti senza vincoli o particolari autorizzazioni. In questo modo l'Italia con 60 milioni di abitanti prefigura quel che potrà capitare a 300 milioni di Cittadini Europei nel momento in cui gli potranno utilizzare i 26 sistemi sanitari dei diversi Paesi che compongono l'Unione. Gli effetti di questo test non sarebbero stati così interessanti e significativi se contemporaneamente l'Italia non avesse deciso di smettere di pagare le cure ospedaliere in base a costi per attuare il pagamento a prestazione. Questa decisione adottata con il decreto legislativo n. 502 del 1992 introduce in Italia un metodo ampiamente sperimentato in USA, cioè il pagamento a prestazione

che utilizza i DRG. Con questo metodo ogni prestazione ambulatoriale e ospedaliera ha una tariffa e all'ospedale che la eroga viene rimborsata una cifra prestabilita. In realtà la messa in pratica di questi principi li ha un po' distorti: la riforma è stata in parte modificata e in parte sospesa nei confronti degli ospedali pubblici, che continuano ancor oggi ad essere per lo più in deficit e ad essere ripianati a parte. Intanto però si è costituito uno strumento molto interessante: disponiamo di un sistema informativo che consente di misurare la complessità delle prestazioni erogate da tutti gli ospedali pubblici e privati (utilizzando i DRG si può calcolare il case mix, il peso medio e il valore delle prestazioni). Disponiamo inoltre di un tariffario unico nazionale, che consente al cittadino di qualunque Regione italiana di ricoverarsi nell'ospedale di un'altra Regione, sapendo che questo ospedale verrà rimborsato dalla Regione da cui proviene. Questo meccanismo consente per la prima volta di confrontare la qualità dei Sistemi sanitari regionali e dei loro ospedali pubblici e privati, e genera un flusso di pazienti e un flusso economico. Infatti la mobilità di pazienti ha anche un valore economico per chi eroga la prestazione. Ciò ha fatto sì che i 21 sistemi sanitari entrassero in competizione tra loro.

Dal 1998 la mobilità interregionale è un fenomeno imponente, che riguarda circa 600.000 pazienti tutti gli anni, e corrisponde a circa il 7-8 per cento di tutti i ricoveri ospedalieri che avvengono in Italia. Esiste una correlazione tra la tendenza ad attrarre pazienti e la complessità delle casistiche ospedaliere trattate. La correlazione

è simile per le strutture pubbliche e private. Dimostra che maggiore è la complessità delle prestazioni erogate dalle reti ospedaliere pubbliche e private di una Regione, maggiore è l'attrattività nei confronti di pazienti di altre regioni.

C'è quindi una razionalità nel movimento dei pazienti e una evidenza che si va dove le cure sono più complesse e quindi di maggiore qualità e appropriatezza.

Inoltre possiamo domandarci se la privatizzazione di una parte significativa della rete ospedaliera sia in grado di migliorare la capacità di un Sistema sanitario regionale di competere, attivando pazienti e flussi economici.

Nella sfida competitiva presente in Italia la Regione Lombardia è da più di 10 anni leader assoluto. Questa situazione ha portato alla Lombardia un ricavo aggiuntivo, nel solo anno 2010, di 444 milioni di Euro.

In questa regione gli ospedali privati effettuano il 32% di tutti i ricoveri, ma effettuano il 50,8% dei ricoveri di pazienti da altre



regioni (o da altri stati), con un peso medio altissimo, pari al 1,4986. Questa situazione, che si ripete da anni, conferma come l'esistenza di una rete di ospedali privati di grande dimensione e di alta qualità conferisce un vantaggio competitivo al Sistema sanitario misto di un paese o di una regione. Un vantaggio che deriva dalla crescita di qualità interna, dalla buona immagine esterna e dalla maggiore capacità di competere della rete degli ospedali privati rispetto agli ospedali pubblici. ■

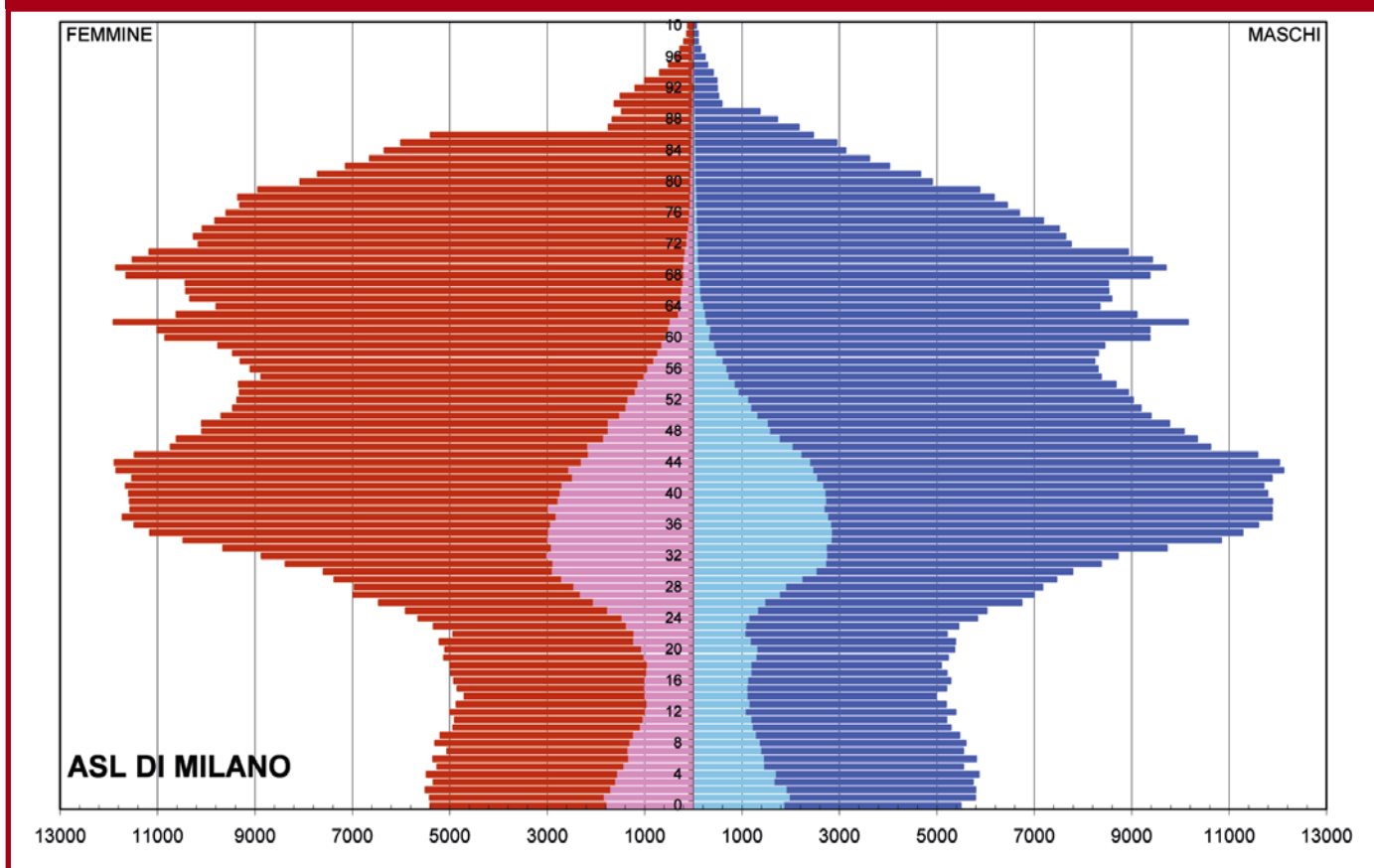
Spesa e qualità della cura: **quale** per l'offerta soc



Walter Locatelli

In una città dove **innovazione e sviluppo crescono a vista d'occhio**, si fa sempre più pressante la necessità di cogliere e saper recepire anzitempo i **determinanti di benessere emergenti**. Una coerente e misurata lettura dei bisogni sociali è alla base di ogni buona risposta alle attese dei cittadini. E' importante un'analisi del **contesto demografico ed epidemiologico** di Milano.

Piramide delle età degli assistibili della ASL di Milano



RUOLI DELLE ASL LOMBARDE

- A differenza di altre regioni, in Lombardia le ASL hanno un ruolo prevalente di Programmazione, Acquisto e Controllo

(Dipartimento PAC) delle prestazioni sanitarie.

- L'erogazione diretta rimane solo per alcune aree particolari (Prevenzione, Vaccinazioni, Medicina di Comunità,

Consultori Familiari Integrati, Servizi per le Tossicodipendenze, Servizi Malattie Sessualmente Trasmesse etc), spesso anch'esse integrate con providers accreditati (ADI, Consultori Familiari etc...)

futuro io-sanitaria a Milano?

Andamento di alcuni indici demografici della ASL di Milano, della città di Milano e della Lombardia

INDICI	ASL DI MILANO	CITTA' DI MILANO	LOMBARDIA
Proporzione di maschi	47,3	47,1	48,82
Indice di vecchiaia	190,5	195,82	143,08
Indice di dipendenza (carico sociale)	55,9	56,7	50,31
Indice di dipendenza giovanile	19,3	19,2	18,84
Indice di carico familiare	19,7	16,48	18,8
Indice di natalità	8,9	8,9	9,89
Indice di fecondità	38,9	39,2	50,35

L'ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE, ACQUISTO E CONTROLLO

Programmazione

- Indicazioni e obiettivi regionali
- Banca Dati Assistiti

Acquisto

- Contratti con ospedali ed erogatori

Controllo

- Controllo note AIFA, Piani Terapeutici, prescrizioni, scheda MMG...

Risulta quindi centrale per le Regioni sviluppare adeguate capacità di governo degli erogatori in modo da favorire un'adeguata offerta nel rispetto di determinati standard.

GLI STRUMENTI

- Gli strumenti a disposizione del committente per svolgere il suo ruolo sono:
 - i meccanismi di accreditamento;
 - la negoziazione;
 - il controllo dei contratti.

ACCREDITAMENTO

- L'accREDITamento è un processo tramite cui controllare e standardizzare la qualità nell'erogazione di servizi.
- Le finalità dell'accREDITamento possono essere differenti:
 - può essere meccanismo a supporto di processi aziendali di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di definizione di standard organizzativi e/o professionali;

- ma anche strumento di regolazione del settore con l'obiettivo di garantire un adeguato livello di sicurezza e di tutela per i cittadini.

NEGOZIAZIONE

- La funzione di regolazione acquisisce una particolare rilevanza nel settore sanitario come conseguenza dell'alta asimmetria informativa tra produttori e consumatori finali degli stessi.
- Il committente svolge un importante ruolo

lo di selezione dei produttori a cui gli utenti possono rivolgersi in ragione del rispetto di alcuni requisiti individuati come qualificanti.

CONTRATTI

- Sono uno degli strumenti principali a disposizione dei committenti per orientare il comportamento dei produttori.
- In tale prospettiva i committenti utilizzano i contratti per programmare l'attività e creare una tensione positiva verso i propri obiettivi, anche quando contrastanti con quelli della controparte.
- Un elemento fondamentale della contrattazione è rappresentato dai controlli effettuati sulle prestazioni erogate al fine di verificare la corrispondenza con quanto negoziato nel contratto.
- Strettamente connesso è il ricorso a meccanismi legali nel caso non sia ottemperato quanto previsto nel contratto: rientrano in questa fattispecie le sanzioni pecuniarie e la possibilità di rescindere il contratto.

ADDENDUM CONTRATTUALE ASL MILANO

1. governo tempi di attesa punti 20 (30 senza punto nascite)
 - Sistema comunicativo
 - Contenimento tempi di attesa
 - Accessibilità
2. crs-siss punti 20 (30 senza Psichiatria e/o NPI)
 - (AO e IRCCS pubblici)
3. customer satisfaction
4. percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (pdta) e appropriatezza della prescrizione - punti 10
 - Incremento farmaci generici - equivalenti
 - Adozione PDTA sulle dislipidemie
 - Riduzione spesa per inibitori di pompa protonica

Tabella 2 Dotazione dei posti letto nelle Strutture Sanitarie di Ricovero e Cura accreditate dell'ambito territoriale Asl di Milano

	n. posti letto accreditati	di cui posti letto contrattati SSR
Posti letto in degenza ordinaria	9.023	8.931
Posti letto in day hospital/day surgery	1.173	1.142
TOTALE POSTI LETTO PER ACUTI	10.196	10.073
Posti letto in riabilitazione (degenza ordinaria)	1.723	1.537
Posti letto in riabilitazione (day hospital/day surgery)	156	155
TOTALE POSTI LETTO IN POST ACUZIE	1.879	1.692
TOTALE	12.075	11.765

- Prova documentale di invio agli specialisti
 - Appropriately della prestazione
 - PDTA Pediatria
5. addendum
- Continuità di cura e semplificazione iter paziente - PUNTI 20
 - Continuità Assistenziale/PS/codici bianchi
 - Attività sub acuta
6. punti nascita - punti 10
7. precisione e tempestività trasmissione flussi (flusso 28/san) - punti 10
8. trasmissione dei flussi di cortesia record sdo e prestazioni ambulatoriali (28/san)

L'integrazione tra i diversi attori della rete sanitaria assume un particolare valore a Milano: i principali progetti di integrazione li possiamo così identificare:

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE DI GRUPPI DI CURE PRIMARIE (GCP) IN ASSOCIAZIONISMO EVOLUTO ED INTEGRATO NELLE ASL DI MILANO E MILANO 1 (I)

Aderenti:

- Gruppi per un totale di 14 medici (MMG) di cui un gruppo nel Distretto 1 e tre gruppi nel Distretto 6

PDTA utilizzati:

- Diabete di tipo 2, Ipertensione, BPCO,
- Raccomandazioni sulle statine

Prestazioni aggiuntive erogate:

- terapie iniettive, medicazioni
- determinazione di glicemia capillare e profili glicemici
- rilevazione parametri vitali
- piccole urgenze
- prestazioni infermieristiche estemporanee domiciliari
- attività di prevenzione potenziate: vaccinazioni, informazione ed educazione sanitaria

Dote Sanitaria: numeri	n° di soggetti con Patto firmato
Portatori di sola patologia diabetica	2.155
Portatori di sola patologia ipertensiva	9.246
Portatori di patologia diabetica ed ipertensiva	1.144
TOTALE	12.545

taria

Criticità

- prestazioni diagnostiche di primo livello (es. Glicemia capillare, INR, ECG, Fundus O.) erogabili dal MMG, ma non riconosciute economicamente
- difficoltà delle Strutture a dislocare i Medici specialisti presso gli studi dei MMG.
- Difficoltà, in alternativa, nel riservare un'area

L'offerta sanitaria

	Enti/Aziende	Strutture	Totale posti letto accreditati
Aziende Ospedaliere	7	11	5.579
Ospedali Classificati	1	1	357
IRCCS Pubblici	3	3	1.809
IRCCS Privati	8	8	2.564
Case di Cura	11	13	1.731
Attiv. Ciclo Diurno	1	3	26
TOTALE	31	39	12.066

Numero ricoveri ospedalieri Asl Milano ordinari finanziati Ssn confronto 2009-2010

Tipo Ospedale	2009	2010	Diff.
Azienda Ospedaliera	157.997	153.470	-2,9%
IRCCS Pubblico	56.576	56.007	-1,0%
IRCCS Privato	85.340	83.067	-2,7%
Casa di Cura	54.139	50.387	-6,9%
TOTALE	354.052	342.931	-3,1%

genda preferenziale prioritaria per i pazienti dei MMG aderenti al progetto

- difficoltà di trasferimento prescrizioni/ referralizzazioni, non completamente risolvibili con supporti informatici
- copertura assicurativa per alcune prestazioni (vaccinazioni pediatriche)
- problemi burocratici modalità (pagamento ticket per i pazienti non esenti per patologia)

cipali Sindacati della MG

- Partecipazione volontaria dei MMG (346 su 1116)

I MMG partecipanti riceveranno un bonus secondo il numero di pazienti seguiti globalmente e correttamente secondo PDTA per un anno e inviati a Specialisti solo quando previsto (complicanze, consulti etc)

Il MMG

- riceve un elenco degli assistiti selezionati tramite BDA (Banca Dati Assistiti) regionali affetti da Ipertensione e da Diabete Mellito (DM) di tipo 2

- stila un apposito "Patto di cura" personalizzato per ogni paziente e che comprende modifiche dello stile di vita, esami, visite e farmaci previsti dai PDTA specifici (Piani Diagnostico Terapeutico Assistenziali)

- propone e discute il Patto di Cura con il singolo paziente. Con la sottoscrizione, il paziente si impegna a rispettare il Patto e a seguire le indicazioni del "Decalogo per la Prevenzione Cardiovascolare" e di altro materiale specifico di Educazione Sanitaria (Pillole di Educazione Sanitaria per cittadini consumatori) che il Medico gli consegna e illustra

- effettua il monitoraggio cardiovascolare EB ad intervalli prefissati (PA, Hb glicosilata, IMC...), effettua la terapia secondo PDTA e trasmette all'ASL i dati acquisiti. ■

- necessità di conoscenza e fiducia reciproca fra MMG e Specialisti

Lo scopo principale è di implementare le pratiche cliniche EB e l'appropriatezza nella medicina del territorio, riservando alla Specialistica le attività e i casi più complessi

Caratteristiche fondamentali del Progetto:

- Condivisione con i rappresentanti dei prin-

I progetti di integrazione 2011

PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA E RETI DI PATOLOGIA

- Reti Di Patologia
 - Rete Delle Malattie Rare
 - Rete Oncologica Lombarda (Rol)
 - Rete Trasfusionale
 - Reti Di Patologia Attivate Di Recente in Forma Sperimentale
 - Rete Delle Cure Palliative E Rete Della Terapia Del Dolore
- fonte: Piano Socio Sanitario Regionale 2010 - 2014 - DCR n. 88 del 17 novembre 2010

PIANI DI SVILUPPO

- Telemedicina
- Integrazione Tra Ospedale E Territorio
- Assistenza Ospedaliera Per Intensità Di Cura E Funzioni
- Rete Hph E Medicina Complementare
- Relazioni Internazionali
- Ricerca
- Trapianti
- Comunicazione

Fonte: Piano Socio Sanitario Regionale 2010 - 2014 - DCR n. 88 del 17 novembre 2010

SANITÀ ELETTRONICA - SISS

- Strumento di governo dell'e-Health
- Occorre informatizzare per raggiungere la massima efficienza e la praticabilità del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)
- Strategica è la raccolta dei consensi per "agganciare" il SISS

Obiettivi di misurazione specifici per ogni ASL

- Completezza FSE: sintesi clinica cittadino con dati di emergenza (Patient Summary).
- Gestione di Prescrizioni SISS di Protesica
- Prescrizioni sanitarie gestite interamente in modo elettronico
- Acquisizione referti strutturali di laboratorio nelle Schede Sanitarie Individuali degli MMG/PDF
- Gestione anagrafi ed esenzioni: attuazione del nuovo assetto per la gestione centralizzata delle esenzioni e dei suoi fattori abilitanti (anagrafi medici, assegnazione ricettari, allineamento BAC/NAR)
- Piena attuazione del nuovo assetto per la gestione centralizzata delle esenzioni a livello territoriale
- Messa a regime dell'allineamento BAC/NAR
- Corretta e tempestiva assegnazione dei ricettari ai MMG/PDF
- Azioni residuali di bonifica delle anagrafiche.

DPCS 2011 (DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI)

Prevenzione:

- Nucleo di Informazione farmaceutica indipendente e comparata
- Lotta al tabagismo con coordinamento dei Centri Antifumo cittadini
- Progetto Expo 2015 (interventi per la corretta alimentazione e la sicurezza alimentare)

Cure Primarie:

- Nuovi PDTA su demenze, scompenso cardiaco cronico, asma pediatrico, obesità in età pediatrica
- Rinnovo automatico esenzioni per patologia cronica
- Accordi con erogatori per garantire ai bambini visite e prestazioni selezionate con tempi d'attesa appropriati

- PDTA

- Criterio di remunerazione del servizio
- comprende ambulatoriale, farmaceutica, ossigenoterapia,
- protesica, ospedalizzazione domiciliare, eventuali
- ricoveri effettuati in ingresso nelle c.d. strutture subacute,
- compilazione dei piani terapeutici individuali di cura,
- debito informativo, rilascio dell'esenzione per patologia, fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, eventuali trasporti (dializzati)

Individuazione dei pazienti

Le 5 ASL nel cui territorio si svolgerà la sperimentazione applicheranno i CReG alle seguenti patologie:

- BPCO
- Scompenso Cardiaco
- Diabete di tipo I e tipo II

Progetti di integrazione 2011 - Milano

Area di intervento	Titolo progetto/piano di settore
Appropriatezza	Progetto di contrasto al "Disease Mongering"
Stili di vita e prevenzione	Progetto MMG e disassuefazione dal fumo (con centri antifumo)
Area materno-infantile	Allattamento al seno Progetto Network neonatologia
Continuità assistenziale in Pediatria	Aumento possibilità consultazioni telefoniche, implementazione ambulatori Continuità Ass. e percorsi preferenziali accesso PS ospedalieri su invio territoriale
Integrazione e continuità delle cure	Progetto Dote Sanitaria e CReG; Dipartimento Oncologico Milanese (DOM)

IL FUTURO (PROSSIMO) NELLE REGOLE DI SISTEMA: DALLA CURA AL PRENDERSI CURA CReG (Cronic Related Group) - DGR 937 del 1 dicembre 2010

Sono una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti. A fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), devono garantire, senza soluzioni di continuità e diminuzione di cure, tutti i servizi extraospedalieri finanziati dai LEA (prestazioni ambulatoriali, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie.

Si basano su:
- BDA

- Ipertensione e cardiopatia ischemica
- Osteoporosi
- Patologie neuromuscolari

L'Area territoriale minima sarà rappresentata da un Distretto per avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati

AREA SUBACUTA: livello assistenziale intermedio tra ospedale e domicilio

- in dimissione pazienti con residua instabilità clinica post-ricovero non gestibili al domicilio in ingresso pazienti cronici che necessitano temporaneamente di livello assistenziale medio-basso. ■

ALLA CASA DI CURA IGEA INSTALLATA UNA PIATTAFORMA TECNOLOGICA DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI UNICA IN ITALIA

Così la tecnologia abbatte le liste d'attesa

Raggiunti tre obiettivi: contenimento dei **tempi di esecuzione degli esami** di Risonanza magnetica e Tac, delle **radiazioni ionizzanti** e delle liste di attesa

Risonanze e Tac di ultima generazione, capaci di dimezzare i tempi dell'esame, e percorsi di visita ottimizzati per abbattere il più possibile le liste d'attesa. E l'ultima realizzazione della Casa di cura Igea di Milano, attiva da oltre 40 anni, con 92 posti letto accreditati con il Servizio sanitario nazionale (nel 2010 ha contato oltre 500 mila prestazioni ambulatoriali e più di 5 mila ricoveri, di cui circa mille nel solo dipartimento di Scienze neuro riabilitative). Con l'acquisizione della Risonanza Magnetica Siemens Area da 1,5 tesla con 64 canali "Aperta" è stata infatti completata una piattaforma tecnologica di diagnostica per immagini unica in Italia.

Si possono così eseguire esami non invasivi con la massima accuratezza garantita dalla tecnologia con tempi di esecuzione ridotti: "L'abbattimento delle attese è possibile grazie sia alle nuove tecnologie sia a una gestione del paziente, studiata in modo da recuperare i 'tempi morti' tra un esame e l'altro", spiegano i responsabili. Sul fronte della diagnostica, la clinica è dotata di tre risonanze magnetiche 'aperte', che per-

mettono di sottoporre all'esame anche pazienti obesi o claustrofobici. E' inoltre uno dei due centri italiani dotati della Tac 'Somatom definition flash', capace di acquisire immagini del torace, del cuore o di altre porzioni del corpo in una frazione del tempo tradizionale, riducendo le radiazioni emesse fino a 10 volte rispetto al passato e addirittura migliorando la qualità dei dati raccolti.

Un'attenzione particolare anche al paziente, è stata infatti ottimizzata anche l'accettazione: gli orari di prenotazione sono rispettati, e i pazienti vengono chiamati per l'esame dopo una brevissima attesa. La velocità con cui lavorano le macchine si unisce a una migliore gestione delle liste d'attesa: è stato infatti esteso l'orario delle pre-

stazioni diagnostiche, "per consentire di accedervi in orari maggiormente compatibili con le esigenze famigliari e di lavoro". Dal lunedì al venerdì la diagnostica è attiva dalle 7.30 alle 20, e il sabato fino alle 13. Tutto questo ha portato ad abbattere le attese tra la prenotazione e l'effettiva esecuzione dell'esame, "ridotte a non oltre otto giorni". ■



Vidas: 30 anni al servizio di Milano

A Milano e in 80 comuni della provincia sono stati 26mila i malati terminali curati gratuitamente a domicilio e nell'hospice Casa Vidas: degenza e day hospice.

Un Servizio socio sanitario che oggi si avvale dell'opera di 70 operatori, specializzati in Cure Palliative e Terapia del dolore, tutti compensati da Vidas, affiancati da novanta generosi volontari. Sono 150 i pazienti curati ogni giorno, 24 ore su 24. In un anno 1.600. Un'assistenza che si estende anche alla fase del lutto attraverso un servizio sempre gratuito, aperto a tutta la cittadinanza, di sostegno psicologico a persone che hanno perso un proprio caro per qualsiasi causa.



Giovanna Cavazzoni

Per qualità, completezza e ampiezza delle capacità di assistenza, il Servizio Vidas è considerato il primo in Europa, come testimoniano le strutture similari nate in Italia e in centri di Svizzera, Polonia e Bielorussia. "Vidas - dichiara la fondatrice Giovanna Cavazzoni - questa città l'ha amata, studiata nel profondo, visitata, fotografata, consolata e rassicurata. Non c'è strada, viale, vicolo che non ci abbia visto accorrere a ogni richiamo. Siamo testimoni e ormai sappiamo che Milano ha bisogno anche di allontanarsi dai falsi miti dell'effimero per riacquistare orizzonti etici più forti e lungimiranti". ■



VENETO

DI VITTORIO MORELLO (*)

Vincoli di bilancio, nel nord est tagli solo alle strutture private

Anche in Veneto, per lungo tempo indicato come un'isola felice per il florido comparto sanitario, si sono avviate drastiche misure di contenimento e riduzione dei finanziamenti nel settore sanitario per rientrare delle perdite accumulate. Nota dolente della manovra il fatto che, numeri alla mano, la politica di risanamento dei conti sembra essere passata attraverso i so-

li tagli al settore privato accreditato. Senza avere la presunzione di esprimere un parere sulle politiche di assegnazione delle risorse pongo l'attenzione sui pochi dati che esprimono un indirizzo di tendenziale residualità della sanità privata accreditata nel Sistema Sanitario Regionale (Ssr). Dinanzi, infatti, al riparto delle risorse del Ssr per il 2011 che risulta corrispondente a quello assegnato nel 2010,



Vittorio Morello

altrettanto non si può affermare per le risorse destinate al comparto della sanità privata accreditata che diminuiscono drasticamente (si veda tabella)

I dati confermano quanto anticipato in premessa, e cioè che il comparto privato, a dispetto di quanto stabilito

e consolidato dai (ormai obsoleti) D.Lgs 512/92 e 517/93, nei quali si sostanzialmente la parità e la compartecipazione delle strutture sia a gestione diretta da parte del pubblico, che indiretta tramite il privato, in una forma di concorrenza regolamentata e di rispetto del principio di libera scelta del cittadino, va progressivamente svuotando di ruolo, tra l'altro in una regione, il Veneto, che registra una presenza del privato accreditato ben al di sotto delle metà della media delle altre regioni italiane.

I recenti provvedimenti regionali, intervenendo su diversi fattori attraverso:

a) L'eliminazione dell'istituto denominato "incremento finanziario" che, a fronte dei mancati adeguamenti delle tariffe, ha rappresentato l'unica risorsa per coprire i rinnovi contrattuali del personale e i costi di produzione incrementati nell'ultimo decennio. A fronte di un costo del personale aumentato negli ultimi dieci anni del 36% e di un'inflazione registrata del 24%, le strutture private hanno avuto nello stesso decennio un aumento reale delle tariffe del 5,6% ed un riconoscimento con l'istituto dell'incremento finanziario del 16,7% (computato tuttavia solo a favore dell'attività per pazienti veneti, e non verso quella rivolta ai pazienti prove-

NEW ENTRY

DI MASSIMO DE SALVO(*)

La Valle d'Aosta entra in Aiop

Il 3 gennaio 2011 con l'acquisizione di una rilevante quota dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta da parte del Gruppo Policlinico di Monza, è stata costituita l'Aiop Valle d'Aosta che ha nella persona del Dottor Massimo De Salvo il suo Presidente.



Massimo De Salvo

L'istituto Clinico Valle d'Aosta è una realtà nuovissima con 80 posti letto, interamente rivolta all'assistenza riabilitativa, neurologica ed ortopedica ed è l'unica struttura sanitaria privata convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale di tutta la Valle d'Aosta.

Il Centro è sulla collina di Saint Pierre, alle porte di Aosta. Facilmente raggiungibile dall'autostrada, si trova in una posizione comoda sia per i residenti in Valle sia per i pazienti provenienti da altre Regioni. Immerso nel verde, a 700 metri di altitudine

e ai piedi della montagna, circondato da 9 mila metri quadrati di parco, garantisce la quiete e il benessere anche ai pazienti che richiedono periodi di degenza prolungati. La clinica è dotata di moderne attrezzature per la riabilitazione sia ortopedica che neurologica e dispone anche di una piscina terapeutica, dove i pazienti praticano l'idroterapia sempre sotto il controllo dei fisioterapisti. Un nuovo centro di eccellenza che offre un servizio prima assente in Valle consente a pazienti che prima si rivolgevano a presidi ospedalieri fuori regione di trovare in loco risposte adeguate alle proprie necessità di cura riabilitativa. Un investimento sul territorio della Val D'Aosta che consente alla nostra associazione di potersi radicare in questa regione. ■

(*) Presidente Aiop Valle d'Aosta

	Anno 2010		Anno 2011	
	Risorse economiche	Rapporto sul totale risorse	Risorse economiche	Rapporto sul totale risorse
Risorse riparto S.S.R.	7.894.975.000	100,00%	7.857.241.000	100,00%
Risorse erogatori privati accreditati Aiop per assistenza ospedaliera e assistenza ambulatoriale	358.871.767	4,55%	305.588.243	3,89%

nienti da altre regioni, che rappresentano una quota significativa, a dimostrazione della qualità delle nostre strutture). Complessivamente l'eliminazione di tali risorse corrisponde ad oltre 66 milioni di euro - riduzione che riflette come il razionamento sia stato indirizzato quasi esclusivamente verso il settore privato - a fronte del quale viene provvisoriamente previsto un riconoscimento del 5% (18,7 milioni di euro) in vista dell'aggiornamento delle tariffe;

b) L'eliminazione di finanziamenti per le funzioni di terapie intensive, che richiedono particolare attenzione per l'organizzazione, complessità ed intensità di cura verso pazienti critici sul piano delle funzioni vitali;

c) La riduzione dei ricoveri al fine di raggiungere il tasso di ospedalizzazione del 140 per mille abitanti;

d) La riduzione dei budget per l'assistenza ambulatoriale, corrispondente a quasi 24

milioni di euro, che porta inevitabilmente all'allungamento delle liste d'attesa, in assenza di disposizioni correttive;

pongono il comparto, per la prima volta, dinanzi ad uno stato di profonda sofferenza e di crisi, tale da indurre l'avvio di indesiderate procedure di cassa integrazione in deroga nelle nostre strutture che, ad oggi offrono occupazione a 5.000 dipendenti. Siamo consapevoli che nell'ultimo decennio la sanità è cambiata in misura radicale e che le tecnologie hanno portato ad una rapida evoluzione del sistema sanitario, al punto da rendere necessaria una nuova programmazione indirizzata al prossimo futuro. Ed è su questo piano che l'imprenditoria privata vuole confrontarsi esprimendo il suo fattivo contributo in termini di idee e di proposte, nella consapevolezza della propria capacità di servizio per la comunità. Dinanzi ai timori espressi nei riguardi della tenuta finanziaria, patrimoniale e soprattutto occupazionale

delle nostre aziende, assume assoluta importanza la necessità di affrontare compiutamente e congiuntamente le questioni legate alla programmazione prossima ventura. Per un settore imprenditoriale che investe quotidianamente nel sistema sanitario, in termini di occupazione, professionalità, tecnologie, innovazioni nelle cure a favore dei più bisognosi, contare

su elementi di certezza sul piano economico e sul piano della programmazione diventa un elemento indispensabile per indirizzare la propria organizzazione e attività a beneficio della collettività.

Nodo determinante per creare un sistema efficiente è quello di regolamentare il rapporto pubblico-privato, rispetto ai principi di sussidiarietà e di libera scelta. Nell'attuale contesto regionale appare invece preminente la tendenza di relegare il settore privato ad un ruolo del tutto marginale, ed in alcune realtà anche "eventuale", che indirizza la produzione verso un sistema monopolistico, e quindi inevitabilmente autoreferenziale, del settore pubblico a diretta gestione. E se il "Dominus" (in questo caso la Regione) diventa un attore con il quale non ci si riesce a confrontarsi, è inutile nascondere, si deve prevedere anche la possibilità di abbassare la saracinesca.

(*) *Presidente Aiop Veneto*

PIEMONTE

Piano di rientro, accordo tra Aiop e

Il 27 maggio scorso l'Aiop Piemonte ha siglato l'accordo relativamente alle Case di Cura private accreditate per l'attuazione del Piano di rientro nel biennio 2011-2012.

Il documento si inquadra nel più ampio progetto di riqualificazione e riorganizzazione nonché individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del Ssr previsto da una delibera di Giunta dell'agosto 2010.

A tal fine la Regione Piemonte ha richiesto al settore sanitario privato di partecipare al detto contenimento della spesa del Ssr con una riduzione dei budget già assegnati al 31/12/2010 del 5% nell'anno 2011 e del 5% per l'anno 2012.

Si è convenuto tuttavia di suddividere la

misura della decurtazione ad un 2,5% per anno: l'ulteriore 5% (2,5% per anno) sarà oggetto di confronto tecnico programmatico per la definizione quali-quantitativa della partecipazione dei singoli settori produttivi ovvero di eventuali processi di riconversione o riduzione di posti letto o di messa in atto di modifiche significative rispetto ai tempi di ricovero, in particolare per quanto attiene il settore delle post acute. Le azioni specifiche andranno definite entro il 30 giugno c.a. per il 2011 ed entro il successivo 30 settembre per il 2012.

Al punto 2 dell'accordo si evidenzia che il budget singolo di struttura, allo stato ripartito tra aree produttive extraregione-regione ed ambulatoriale, viene considerato compensabile tra le varie aree produttive

sempre rispettando il limite complessivo assegnato, ad eccezione delle prestazioni rese ad utenti extraregionali che verranno interamente riconosciute.

Viene concordato altresì l'impegno da parte regionale a rideterminare i livelli assistenziali nonché la possibilità per le case di cura monospecialistiche di post acute di attivare accordi specifici con soggetti terzi per assicurare ai propri ricoverati prestazioni ambulatoriali ancorché non accreditate per l'erogazione di tali servizi.

I singoli contratti tra Asl e Case di Cura, previa rivisitazione degli stessi per renderli omogenei, dovranno essere conclusi entro il 30 giugno 2011.

Contestualmente alla firma dell'accordo

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

DI CARLO STEFENELLI (*)

Libera circolazione di pazienti in Europa

Si terrà il 24 settembre 2011 presso il palazzo delle Terme di Levico (Trento) il convegno nazionale sulla libertà di circolazione dei pazienti nei paesi europei in conseguenza della recente approvazione definitiva da parte del parlamento europeo della direttiva comunitaria che sancisce il diritto dei cittadini europei di avvalersi dei diversi sistemi sanitari nazionali godendo in forma diretta delle stesse prestazioni sanitarie garantite dai singoli stati di appartenenza.



Carlo Stefanelli

no a confronto la situazione dei sistemi sanitari europei ed italiani con particolare riguardo al rapporto pubblico-privato nelle diverse realtà, nell'imminenza della applicazione della direttiva nei diversi stati che avranno 30 mesi di tempo per adeguarsi ai contenuti della direttiva stessa. Una sessione verrà dedicata alle nuove opportunità per le prestazioni termali che costituiscono un elemento strategico per il rilancio del turismo.

Parteciperanno per l'Aiop il presidente Enzo Paolini, il vice presidente Gabriele Pelissero, Giuseppe Puntin e Carlo Stefanelli, per Ermeneia Nadio Delai, per l'Organizzazione Mondiale del Termalismo il presidente Ennio Gori e saranno presenti la giornalista Rai Maria Concetta Mattei che, assieme ai direttori dei giornali locali, modererà le tavole rotonde, oltre agli assessori al turismo ed alla salute della Provincia di Trento. ■

(*) *Presidente Aiop Provincia Autonoma di Trento*

Il convegno, organizzato dall'Aiop del Trentino in collaborazione con le terme di Levico, l'Università di Trento e la Provincia Autonoma di Trento, prevede una serie di relazioni e tavole rotonde che metteranno

CONVEGNO NAZIONALE Sabato 24 settembre 2011 Levico Terme (TN) – Palazzo delle Terme

Le nuove frontiere del sistema sanitario europeo
Libera circolazione dei pazienti negli stati dell'UE fra pubblico e privato
PROGRAMMA PRELIMINARE

Mattino

Ore 08.00 – 09.00 Iscrizioni
Ore 09.00 – 09.30 Saluto delle autorità. Introduzione del Presidente dell'Aiop.
Ore 09.30 – 10.15 Iles Braghetto (relatore della direttiva sul diritto di cure all'interno dei paesi membri della comunità europea): "evoluzione della normativa comunitaria in tema di diritto alle cure nei diversi stati europei"

Ore 10.15 – 11.30 Tavola rotonda
"Quale futuro per il sistema sanitario europeo? Come garantire i diritti dei cittadini in un contesto di omogeneità e libertà di scelta del luogo di diagnosi e cura?"
Partecipano: **I. Braghetto** (relatore della direttiva europea), **N. Delai** (presidente ERMENEIA), **C. Eccher** (vicepresidente del Consiglio Provinciale di Trento), **E. Paolini** (presidente nazionale AIOP), **U. Rossi** (assessore sanità Provincia di Trento), **G. Zumiani** (presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Trento) Modera: **Enrico Franco**, Direttore del Corriere della Sera, ed. del Trentino

Ore 11.30 – 13.00 Il rapporto ospedalità pubblica – ospedalità privata nelle diverse realtà del panorama nazionale italiano
E. Paolini (Presidente naz. AIOP): la realtà nazionale dell'ospedalità privata. Luci ed ombre dei rapporti con la sanità pubblica e con la programmazione politica dell'assistenza sanitaria
G. Pelissero (Vicepresidente Policlinico S. Donato – Milano): il sistema sanitario della Lombardia. La concorrenza virtuosa fra pubblico e privato ha generato il più efficiente sistema pubblico nazionale con ospedali privati di eccellenza
G. Puntin: la rete ospedaliera privata del Veneto ed il suo ruolo strategico nell'organizzazione sanitaria complessiva

Ore 13.00 Colazione di lavoro

ENTI ORGANIZZATORI: A.I.O.P. (Associazione Italiana Ospedalità Privata) - Università degli studi di Trento O.M.T.H. (Organizzazione Mondiale del Termalismo) – Provincia di Trento - Terme di Levico
Comitato organizzatore: Carlo Stefanelli, Ennio Gori, Massimo Oss, Alceste Santuari, Marilena Defrancesco

Pomeriggio

Ore 15.00 – 15.30 **N. Delai** (Presidente ERMENEIA): luci ed ombre del sistema sanitario italiano. Indagine ERMENEIA 2010 sull'efficienza del sistema ospedaliero italiano: quali possibili correttivi?

Ore 15.30 – 16.00 **C. Stefanelli** (Presidente AIOP Trentino): la spesa e l'efficienza nei sistemi sanitari in Europa fra pubblico e privato

Ore 16.00 – 16.45 **Maria Concetta Mattei** (Giornalista RAI) intervista **Ennio Gori** (Presidente OMTH-Organizzazione Mondiale del Termalismo) sulle prospettive di un nuovo termalismo nel XXI secolo

Ore 16.45 - 17.15 **A. Santuari** (docente diritto del turismo – Università Trento): Il turismo sanitario in Europa: profili giuridici e assetti istituzionali

Ore 17.15 – 17.45 **R. Anderle** (Consigliere della Provincia Autonoma di Trento): Le opportunità per il rilancio del termalismo trentino offerte dalla nuova legge provinciale

Ore 17.45 – 19.00 Tavola Rotonda
Le nuove opportunità per le cure termali in ambito europeo: quali vantaggi per il cittadino e quale indotto sul turismo nazionale
Partecipano: **Ennio Gori** (presidente OMTH), **T. Mellarini** (assessore al Turismo della PAT), **Massimo Tedeschi** (presidente ANICOT - Associazione Nazionale Comuni Termali), **A. Santuari** (docente diritto del turismo – Università Trento), **A. Lalli** (direttore Centro Studi P. d'Abano), P. Gruppo (medico termalista Abano)
Modera: Alberto Faustini Direttore del "Trentino"

Ore 19.00 Conclusioni

DI BRUNA MELONI(*)



Regione

di cui sopra, è stato siglato altresì tra le parti un protocollo d'intesa con il quale si conviene sulla necessità di trovare soluzioni condivise rispetto ad alcuni temi di particolare importanza, che saranno demandati ad un tavolo tecnico da insediare entro il 30/6/2011 e che dovrà concludersi entro il 31/12/2011.

I principali argomenti trattati riguarderanno il riesame dei criteri relativi al servizio di guardia medica, il recupero della mobilità passiva e la verifica della sperimentazione della rete della neuropsichiatria privata accreditata. ■

(*) *Consulente Aiop Piemonte*

Qualità e sicurezza, le verifiche



DI DARIO BERETTA (*)

Il **modello** elaborato propone una serie di **standard e di indicatori** capaci di fornire informazioni sull'**attività di tutte le Strutture Ospedaliere** della Lombardia

La Regione Lombardia con la D.G.R. 9014/2009 aveva stabilito di disciplinare la verifica periodica dei contratti tra ASL e strutture accreditate al fine anche di promuovere la qualità e la sicurezza delle prestazioni con riferimento ai seguenti temi:

- Le risultanze delle attività di controllo sui requisiti di accreditamento e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate;
- La valutazione della accessibilità delle strutture in termini di tempi di attesa;
- Le valutazioni di qualità ed efficacia effettuate nei progetti regionali attivi al riguardo;
- Le valutazioni della Customer Satisfaction;
- Le valutazioni di coerenza rispetto all'efficienza tecnica e finanziaria.

L'esito, anche parzialmente negativo delle singole Unità Operative, della valutazione di qualità potrebbe comportare la revoca o la sospensione del contratto con il S.S.R.

La successiva D.G.R. 351/2010 ha approvato il modello di valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero. Il modello elaborato propone una serie di standard e di indicatori capaci di fornire informazioni sull'attività di tutte le Strutture Ospedaliere della Regione Lombardia.

Per fornire una immediata idea generale e complessiva della performance della struttura vengono presentati due grafici radar di riferimento, il primo (fig. 1) rappresenta i risultati degli indicatori di appropriatezza a livello di ospedale e di reparto; il secondo (fig. 2) rappresenta i risultati degli indicatori per la valutazione ex post di un ospedale con 10 reparti più significativi in termini di

dimensioni, volume e tipologia di attività svolta.

I due grafici sono suddivisi in 3 sezioni che dall'interno all'esterno danno un punteggio da 1 - 2 - 3.

L'area rossa è indice di miglior performance mentre l'area bianca tratteggiata è indice di mancanza del reparto e l'area grigia di passaggio tra 2 indicatori.

La maggiore estensione dell'area rossa è la rappresentazione visiva dell'area della qualità.

Il primo grafico (fig. 1) è rappresentativo della valutazione dei seguenti indicatori di struttura:

CUSTOMER 1: soddisfazione del paziente per l'assistenza del personale medico

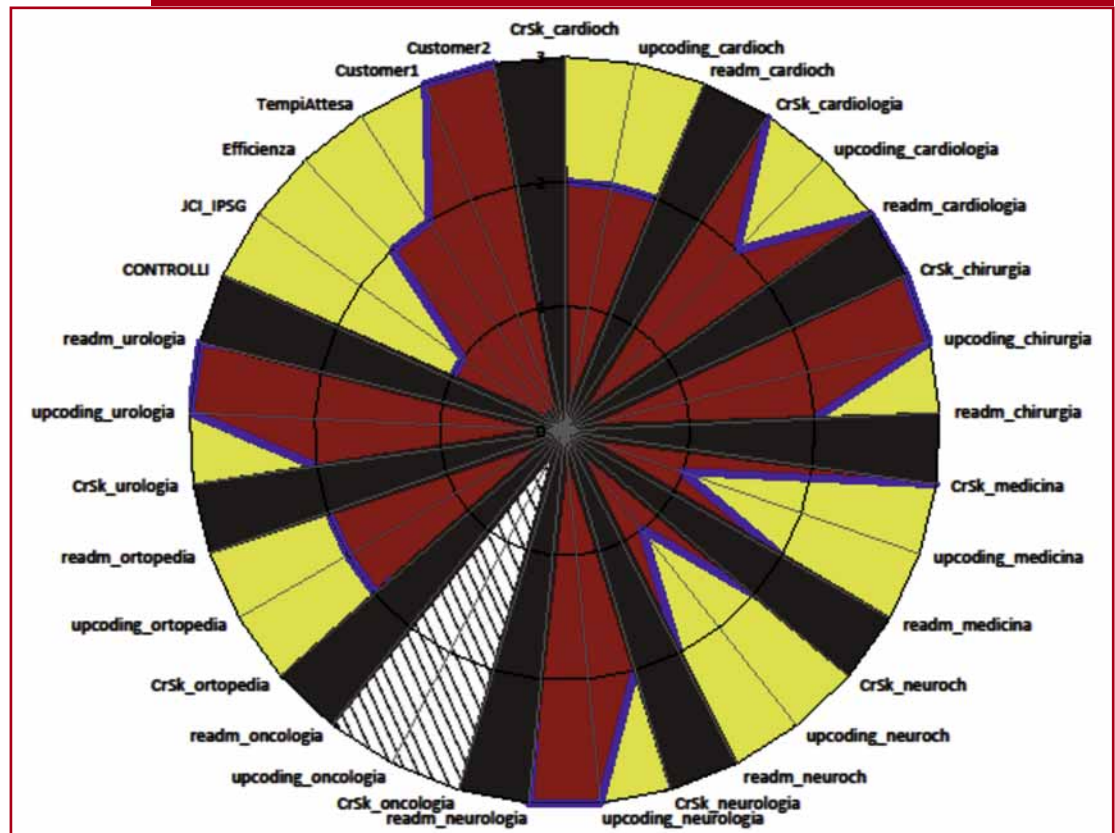
CUSTOMER 2: soddisfazione del paziente per l'assistenza del personale infermieristico

TEMPI D'ATTESA: viene calcolata la media dei tempi di attesa alla luce degli obiettivi regionali sulle singole procedure

EFFICIENZA: viene utilizzato l'indicatore della efficienza tecnica e misura l'efficienza gestionale della struttura

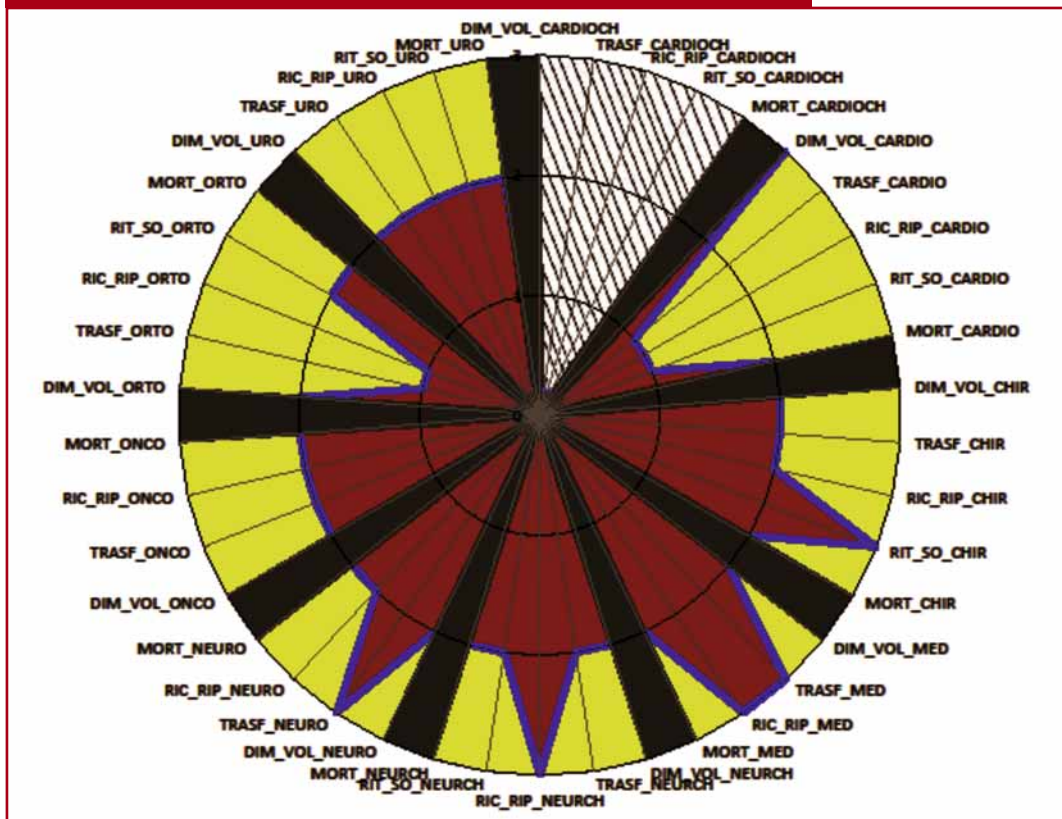
JOINT COMMISSION: vengono valutati 6 indicatori relativi alla sicurezza del pa-

Fig. 1 Grafico radar per rappresentazione risultati valutazione altre dimensioni a livello di reparto ospedaliero



della Lombardia su Asl e strutture accreditate

Fig. 2 Grafico radar per rappresentazione risultati valutazione efficacia ex post a livello di reparto ospedaliero



entro 30 giorni dalla dimissione.

I criteri applicati alla popolazione oggetto dell'analisi sono stati:

- Solo ricoveri in regime ordinario;
- Esclusione pazienti fuori regione e di età inferiore a 2 anni;
- Esclusione dei ricoveri riabilitativi, cure palliative e lungodegenza.

Il modello di sintesi della valutazione della qualità adottato dalla Regione Lombardia è sicuramente perfezionabile, ma le cinque dimensioni della qualità utilizzate come oggetto della valutazione:

- efficacia ex post
- efficienza
- appropriatezza
- accessibilità

ziente (identificazione – comunicazione – sicurezza dei farmaci – sicurezza intervento chirurgico – riduzione rischio infezioni – rischio cadute)

CONTROLLI: viene misurata l'inappropriatezza e la non congruenza verificata dai NOC

Sempre nel primo grafico (fig. 1) vengono poi rappresentati i risultati della valutazione di appropriatezza a livello di reparto ospedaliero con riferimento a 3 indicatori relativi a comportamenti ritenuti opportunistici:

UP CODING: rapporto tra numero di dimissioni con complicanze sul numero totale di dimissioni

CREAM SKIMMING: selezione della casistica ottenuta con la scelta dell'ampiezza della gamma di DRG erogabili

READMISSION: rapporto tra numero totale di ricoveri ripetuti nello stesso reparto dell'Ospedale per la stessa patologia

(MDC) entro 30 giorni ed il numero totale di dimissioni

Il secondo grafico (fig. 2) rappresenta i risultati della valutazione dell'efficacia ex post a livello di singolo reparto ospedaliero.

Gli outcome previsti nel modello sono:

DIMISSIONI VOLONTARIE: ricavate dalla codifica "2" sulla SDO

TRASFERIMENTI TRA STRUTTURE: dimissione ed accettazione nello stesso giorno per lo stesso soggetto

RITORNO IN SALA OPERATORIA: presenza sulla SDO di codici di intervento con data successiva all'intervento principale durante lo stesso ricovero

RICOVERI RIPETUTI: ricoveri multipli con lo stesso MDC per lo stesso soggetto entro l'anno

MORTALITA' TOTALE: somma della mortalità intraospedaliera e della mortalità

• qualità ex ante danno evidenza di un risultato positivo o negativo della qualità complessiva di ogni struttura ospedaliera.

Considerato che i dati forniti sono relativi all'anno 2009 ci sembra prematuro che già a partire dall'esercizio 2012 la Regione Lombardia possa valutare il raggiungimento di una soglia definita di qualità con interventi relativi all'accreditamento delle strutture.

L'impegno di tutte le strutture ospedaliere, dopo un confronto al proprio interno dei risultati contenuti nel documento e una verifica delle possibili discordanze con i dati ricavabili dalle SDO rispetto ai dati regionali, deve essere indirizzato ad una progressiva riduzione delle aree di performance peggiore promuovendo il miglioramento della qualità. ■

(*) Vice Presidente Aiop Lombardia

Spesa sanitaria, in Italia la svolta non è nell'aria

Volente o nolente, **la politica dovrà ricominciare** ad interrogarsi su un'antica questione: **che cosa deve, che cosa non deve fare lo Stato?** Perché l'invecchiamento della popolazione determina, in prospettiva, **un aumento** e non una diminuzione **della spesa sanitaria.**

DI ALBERTO MINGARDI (*)



Il Ministro Tremonti si è impegnato a mettere mano a una manovra correttiva da 40 miliardi di euro, nel biennio 2013-2014. E' una manovra più pesante di quelle degli anni Novanta, che richiede - come ha notato il direttore generale della Confindustria, Giampaolo Galli, sul Sole 24 Ore - qualcosa di più di un semplice "aggiustamento in corso d'opera". E' dalla fine della prima repubblica che i governi italiani sono continuamente impegnati nel fronteggiare il dissesto dei fronti pubblici. Gli sforzi fin qui messi in campo è probabile che non bastino più, nel momento in cui su tutta l'Europa incombe l'ombra dell'effetto-domino che potrebbe avere un fallimento sovrano (Grecia o Portogallo). Volente o nolente, la politica dovrà ricominciare ad interrogarsi su un'antica questione: che cosa deve, che cosa non deve fare lo Stato?

L'invecchiamento della popolazione determina, in prospettiva, un aumento e non una diminuzione della spesa sanitaria. Inoltre, se in molti campi l'innovazione tecnologica porta ad un abbassamento dei costi, non è così chiaro che questo debba essere il caso anche nella fornitura di cure mediche. Nel corso dell'ultimo secolo, la medicina è passata dallo stadio "artigianale" alla fase "industriale": richiedendo investimenti all'altezza di trattamenti sempre più complessi.

Anche la sanità, allora, dovrà essere toccata? Fino ad oggi, la spesa sanitaria è stata tenuta sotto controllo in modo poco trasparente. In passato, si è scelta la via del ra-

zionamento tramite liste d'attesa: l'inefficienza del sistema è stata usata come calmiera. Oggi, optare apertamente per un razionamento delle cure offerte sarebbe sommamente impopolare, e probabilmente impossibile nell'attuale quadro politico. Ma ci sono altre opzioni? Esistono modelli differenti. L'Olanda ha portato la spesa sanitaria del tutto fuori dal perimetro della

possono cambiare polizza una volta l'anno: il fatto che esista concorrenza fa sì che gli assicuratori siano incentivati ad offrire coperture in linea con le aspettative delle persone. Esiste un regolatore, che controlla le transazioni fra erogatori e pagatori: il senso della "riforma olandese" è accompagnarle verso un regime pienamente contrattuale, e non più basato su tariffe determinate dallo Stato.

Il "modello olandese", ancora di più di quello lombardo, investe sulla libertà di scelta dei cittadini. Che è garantita, assieme al servizio universale, in un contesto che però stimola all'efficienza e alla riduzione degli sprechi.

E' possibile una "svolta" del genere, in Italia? Certamente non è nell'aria. Tagli alla spesa pubblica e "federalismo fiscale" si incrociano, andando in tutt'altra direzione. Per sistemare i conti del Sud, il tacito consenso che si respira nelle stanze del potere è che serva un dirigistico pugno di ferro, non fare assestamento sulle forze di mercato.

E tuttavia i decisori politici dovrebbero chiedersi se gli costerà di più, in termini di consenso, una infinita serie di "aggiustamenti", oppure una singola grande riforma, alla olandese, per l'appunto. Dare l'impressione che le riforme non siano in agenda non è sempre una strategia brillante, per vincere le elezioni. ■



spesa pubblica, "intermediandola" tramite un sistema di assicurazioni private in concorrenza.

Il servizio è universale: c'è l'obbligo di assicurarsi, alla stregua di quanto accade oggi in Italia con la RC auto. Lo Stato sussidia direttamente i meno abbienti, e si assicura che a nessuno manchi l'accesso alle cure. Tuttavia, sono le singole assicurazioni ad interfacciarsi con le strutture (pubbliche o private) che erogano le cure. I cittadini

(*) *Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni*
(www.brunoleoni.it)