

**Auditorium Gaber-Palazzo Pirelli, 13 dicembre 2014**

**LE NUOVE SFIDE DELLA SANITA':**

**PIU' QUALITA', PIU' SOSTENIBILITA'**

### **Intervento di Enrico Desideri**

Partendo da alcuni punti fermi. In premessa posso dire che la nostra storia nazionale ha nei servizi sanitari un punto di forza straordinario.

Un dato inoppugnabile è che abbiamo un'aspettativa di vita più alta e la mortalità infantile più bassa e una spesa per quota capitaria decisamente molto bassa, ma non più bassa della Germania, della Francia, della Gran Bretagna . In Europa non vi è dubbio che abbiamo il sistema più efficiente e visto i risultati anche più efficace. Attenzione però, ciò non vuol dire che va tutto bene.

Partiamo da qualche considerazione utile in tal senso. A proposito di spesa pro-capite: i 1842 euro pro-capite sono veramente pochi e quindi evitare che siano ulteriormente ridotti. Un successo che dobbiamo difendere. Oltretutto abbiamo una spesa piuttosto bassa come è ricordato nell'ambito del sociale , anzi è anche questa la più bassa d'Europa, quindi queste sono le risorse su cui possiamo contare.

C'è un'altra cosa che è importante sottolineare. Negli ultimi 12 anni, ad effetto delle misure normative, dello sviluppo tecnologico, scientifico etc.

Abbiamo osservato un fenomeno straordinario in Italia non necessariamente uguale in tutta Europa. Ad esempio la Germania e la Francia sono molto lontane dalla nostra situazione.

**C'è la questione della deospedalizzazione.** Per esempio, prendendo in considerazione la Toscana, c'era nel 2002 un tasso di deospedalizzazione intorno a 190 o poco meno. Mentre oggi siamo complessivamente intorno a 130/132, con delle oscillazioni; ad esempio ad Arezzo il tasso è intorno al 127%. E' un dato che ci può far capire come si può fare tanto. I 4/5 della spesa sanitaria, altro dato da tener conto, sono connessi alla **cronicità**.

Dobbiamo però rendercene conto, spesso quando si parla di sanità, specialmente quando ci si confronta con persone che non se ne occupano, si fa riferimento sempre agli ospedali. Attenzione è determinante parlare di ospedale, ma non sempre e solo di ospedale.

Cosa non funziona ancora in Italia. Uno dei temi su cui noi non siamo ancora riusciti ad incidere più di tanto, è il **tema della inappropriatezza**. Cioè l'inappropriatezza **clinica e anche quella organizzativa** (ad es. anche in Toscana le risonanze magnetiche degli ultra 75enni, è dura farle diminuire. Ricordo che 2,3 -2,4 del totale delle leucemie infantili sono legate all'uso inappropriato della TAC.

Un'altra questione è la **continuità ospedale-territorio** (questo è il versante delle cose da migliorare). Si dice sempre: l'ospedale e il territorio sono due facce della stessa medaglia, e infatti due facce della stessa medaglia non si vedono, non si accordano, non si allacciano l'una all'altra. Siamo molto in ritardo sul fronte dei sistemi informativi. L'innovazione digitale è un tormentone e il rischio è naturalmente che ci siano duplicazioni. In realtà ci sono ora parecchi progetti, che potrebbero portare innovazione importante, ma bisogna metterci parecchia attenzione ed energia. E l'altro **tema** è quello dei **percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)**.

Di questo tema se ne parla molto nei convegni, ma ancora sistemi formativi di percorso, sistemi di valutazione dei professionisti per i percorsi e non per singoli *setting* assistenziali (es: le specializzazioni). Nelle ASL di fatto, stentano insomma, l'organizzazione per PDTA, sarebbe una strategia vincente se si impegnano risorse, perché costringe il sistema e i professionisti a portare all'interno di questo sistema le proprie competenze. Il tema di come raccordare gli specialisti ospedalieri, ai medici di medicina generale, si risolve se vengono messi intorno al tavolo a risolvere qual è il miglior percorso diagnostico terapeutico per pazienti con scompenso cardiaco o con BPCO o per il diabete. Il diabete da solo assorbe quasi 10mld l'anno, a causa delle sue complicazioni. Quindi i PDTA sarebbero l'approccio vincente. Inoltre se si definissero i PDTA si supererebbe questa questione della inappropriatezza. A questo vi è connesso anche il grande tema di equità di accesso, dei tempi di attesa, temi centrali del nostro ragionamento. Il sistema deve organizzarsi per diversificare. A proposito di PDTA anche richiamando l'esperienza Veneta . In Toscana stiamo facendo un'esperienza molto simile, cioè quella di intercettare. Avete presente la piramide di Kaiser, che alla base ci sono le persone con i fattori di rischio. A queste persone bisogna dirgli quali sono i comportamenti sicuri, poi c'è il "pancione" con le persone con una o due patologie croniche. Lì bisogna per forza che attiriamo approcci proattivi, perché è una questione di cronicità. La risposta all'accesso dei *chronical* cure per diversificato per stato sociale, per livello di studio. Ma quando vi trovate a misurare in casa vostra, nella vostra provincia dove lavorate, che l'accesso alle cure è diversificato per stato socio-economico, capite che il sistema, che è nato universalistico nel 1978, ha ancora da camminare per essere tale. Se voi misurate il titolo di studio delle persone che vanno al pronto soccorso che sono le persone che

costano molto di più, sono per lo più persone con la quinta elementare. Il laureato accede meno al pronto soccorso. Questa è una considerazione su cui riflettere. Nella Piramide dell'età c'è poi l'apice della piramide che è costituito dal 3% della popolazione. Noi abbiamo individuato 6 indicatori, delle persone che hanno un rischio di ospedalizzazione entro l'anno del 97,4%. Nei 6 indicatori, che sono nei flussi correnti, possiamo intercettare quel 3% di popolazione per i quali bisogna dedicare molto impegno assistenziale, con un risparmio complessivo, **per un approccio che mette insieme equità delle cure e sostenibilità delle cure.**

I PDTA sono una cosa che ancora non viene valorizzata se non ai convegni. Perché non abbiamo i sistemi informativi, sistemi di valutazione, non abbiamo indicatori che usualmente misurano questa cosa.

Poi il tema della **prevenzione**. Su prevenzione collettiva, ce l'abbiamo fatta, abbiamo bei servizi di medicina del lavoro, igiene pubblica, ma la prevenzione primaria è anche la promozione della salute e poi la prevenzione secondaria (gli screening). Inviterei a vedere l'Atlante degli screening in Italia, la dis-unità di Italia quando si parla di screening del colon retto, di mammografie. E poi il grande tema della comunicazione. Questo è uno sguardo del sistema che abbiamo davanti.

E a questo punto dovrei dire qualcosa sul "che fare". **Il primo tema è garantire equità delle cure se vogliamo garantire la sostenibilità.** L'assistenza territoriale è il primo punto su cui intervenire, ma attenzione, l'assistenza territoriale, non solo le cure primarie. Io sono un fautore delle cure primarie, ma sostenibilità territoriale è molto di più, ed è soprattutto un ambito di integrazione. E' il Distretto che è il cuore, il distretto forte che è fatto da: un Responsabile, che è il Direttore Generale di quella location, poi è fatto da un Coordinatore sanitario e da un coordinatore del sociale che dovrebbero integrarsi e questo è uno dei punti forti previsti dalla legge modifica dell'organizzazione Toscana. Dobbiamo integrarci con il Comune per la Gestione Unica e non unitaria del sociale. Cioè il sociale ad alta valenza sanitaria del Comune e con l'assistenza sociale del Comune. Se vogliamo fare servizio sociale unico, Equipe sociale Unico ( si chiama così nella legge) Dobbiamo avere nel Distretto il punto di forza per interfacciarci, poi naturalmente l'assistenza territoriale ci sono delle scelte irrinunciabili. Urgenti e subito approcciabili che non costano e fanno risparmiare. Il primo è la pro attività. Un intervento proattivo nei confronti del cittadino funzione perché si corregge la terapia e si evitano le complicazioni ulteriori che costano di più. Metà di nostri pazienti in dialisi sono diabetici; metà dei nostri pazienti in terapia intensiva sono diabetici, per non parlare delle unità coronariche. Un terzo dei ricoverati d'Italia sono pazienti diabetici. Il diabete che pesa per il 6% nella popolazione genera il 34/35% dei ricoveri.

Il secondo punto di forza sono le AFT che sono Aggregazioni Funzionali Territoriali. Sono previste da una legge: la Legge 189/2012. In Italia ancora non sono tante le Regioni che hanno fatto le AFT, sono monoprofessionali, sono fatte solo dai medici di medicina generale e ora si sta lavorando per farle fare anche ai pediatri di libera scelta. Ma rimanendo ai medici di medicina generale, bisogna dire che, i medici di medicina generale, in un ruolo unico, questo dice l'art.3 della Legge 189/2012 (il c.d. decreto Balduzzi). In un ruolo unico garantiscono l'AFT 24 h su 24 e 7 giorni su 7. Possono quindi raccordarsi con la continuità assistenziale (ex guardia medica), condividere il governo clinico di quell'area. Ad esempio nella provincia di Arezzo, in Val Teverina, c'è un'AFT, nel Casentino, ho 1 AFT. Quindi ci sono circa 20 medici di medicina generale che hanno il compito di definire come raccordarsi tra di loro e garantire il servizio h24. Hanno messo a disposizione una *cloud* con cui scambiarsi il dossier clinico del paziente.

Poi c'è la questione delle - **Case della Salute** – le quali contengono al loro interno non solo le Unità di cura complesse primarie (UCCP) che sono un team multi professionale. Le case della salute servono per mettere insieme tante professioni. L'infermiere che sul territorio serve tantissimo, l'assistente sociale del comune e della ASL sul territorio. L'AFT è la loro casa. I cittadini trovano nella casa della salute un polo aperto 24H al giorno e accedono meno al Pronto Soccorso e poi si sentono presi in carico e sono più tranquilli.

Sono d'accordo sul ruolo **della domiciliarità delle cure intermedie**. L'assistenza domiciliare integrata, io la classifico come una forma di cura intermedia, perché garantiscono risorse e continuità di cura. Nell'assistenza domiciliare c'è una sottopolazione che non esce da casa perché non può uscire e lì sorge il grande tema del **telemonitoraggio a domicilio paziente/casa**, son pazienti con un indice di rischio di ospedalizzazione altissimo, che si chiama indice di Early e abbiamo visto che si risparmia. E poi la questione della **Rete ospedaliera**, un tema importante. La Toscana è passata da 94 a 42 presidi ospedalieri. Il punto non è la dimensione degli ospedali. C'è uno standard internazionale che è almeno 1 ora di distanza l'uno dall'altro. Il punto non è tanto chiudere i piccoli ospedali ma, fare rete. Nei piccoli ospedali si possono fare prestazioni di alta complessità professionale non assistenziale. Si tratta di far spostare i medici professionisti nella rete aziendale. Poi quando si parla di rete ospedaliera bisogna ricordarci anche gli standard. Il 5 agosto la Conferenza Stato- Regioni ha approvato, prevedendo che la dimensione va da 800mila ad un milione e 200 e quindi più o meno un milione di abitanti in realtà è il numero di abitanti per il III livello, cioè per la chirurgia neurologica, cardiologica, per alcuni esami particolarmente rari. La nostra architettura istituzionale, lombarda,

veneta o toscana, deve ragionare e mettersi in testa che c'è un problema, che dobbiamo garantire il mantenimento e il futuro funzionamento della rete. E oggi questa cosa non è perfettamente funzionante. L'idea forte è che non possiamo rinunciare di aver presente che ci sono dei volumi di soglia, che non si può fare tutto dappertutto, perché è costoso ma soprattutto è pericoloso, perché di *clinical competence* abbiamo fatto convegni infiniti, di *expertise* su queste cose sono state dette e ridette. Ora bisogna farle. I grandi ospedali oggi che sono affossati e assediati da cose che potrebbero essere fatte da altre strutture.

Ultima annotazione sul “*che fare*” è emergenza urgente. E' vero che in Italia abbiamo il servizio 118 dappertutto, ma abbiamo le urgenze. Abbiamo sistemi troppo pieni di medici, che non valorizzano il ruolo dell'infermiere, che non valorizzano il ruolo tecnico del volontario. Oggi il tema è avere una risposta veramente rapida, efficace ed appropriata e non portare il paziente con infarto o con ictus nell'ospedale più vicino, come succede ancora in molte Regioni.

Come fare. In Toscana qual è l'ambito ottimale. Centrale è il tema della **governance**, io ho coniato il termine della *governance multilivello*, perché a prescindere da quanto è grande l'azienda abbiamo il dovere e il diritto di dire la propria opinione in fatto di organizzazione strategica. E' strano pensare che il cittadino nominato dai propri; che il sindaco non possa dire sul tema. Certamente su come farlo va lasciato all'azienda, su cosa fare e verificare che quel che è stato deciso sia fatto, deve vedere una *governance* integrata tra il Comune e le ASL. Naturalmente lì, l'interfaccia naturale è il Distretto dove insistono 10/15 Comuni, che con una conferenza distrettuale possono esprimere il loro parere. Noi diciamo che il mattone della pianificazione strategica è il piano integrato di salute che si fa nella zona dove si parla di assistenza territoriale, il *piano di inclusione zonale* e dove ci occupiamo di servizi sociali integrativi, quindi il ruolo del sindaco è una risorsa che può esprimersi in questi elementi.

Il secondo punto è il **ruolo dei professionisti** che essendo responsabili ed autonomi devono essere coinvolti, ma tecnicamente che possiamo fare per coinvolgerli?. Ci sono i dipartimenti gestionali e poi i dipartimenti tecnico- scientifici, chi meglio dei professionisti può dire cosa è bene fare per curare quella malattia.

Insomma il sistema deve valorizzare il contributo dei professionisti, che devono sentirsi protagonisti ed orgogliosi perché sono coloro che garantiscono la qualità dei servizi pubblici. Poi ci sono i cittadini che devono essere ascoltati. Quando alla luce della Riforma Sanitaria fu scritto l'articolo 13 della 833 che era quello dei Comitati di partecipazione. Oggi noi quanto ascoltiamo i cittadini, quanto li informiamo. Il

cittadino informato è una risorsa quello disinformato è tendenzialmente prevenuto e produce il contenzioso. Ascoltare il cittadino serve tutti i giorni. Uno studio ha dimostrato che il medico ascolta il paziente ricoverato per 22 secondi. Il cittadino se lasciato stare dice tutto in 93 secondi (è una ricerca molto particolare). Uno studio del 2006 sempre in merito all'ascolto del cittadino, ci parla di quanto il cittadino intuisce e capisce e giudica il sistema. Il giudizio del cittadino è correlato alla qualità della relazione con il medico e non con gli esiti delle cure. Dedicare più tempo all'ascolto.

Concludo con **il tema dell'ambito ottimale** delle Asl. Difficile dire la soluzione che verrà adottata in Toscana ci sono due pericoli e una considerazione. I pericoli: 1) il **gigantismo** di un'organizzazione. Oltre certe misure le economie di scala non ci sono più, piccolo non è bello, ma il gigantismo potrebbe essere un problema, anche se è superabile con una *governance multilivello*; 2) è **allontanare i sistemi di controllo dai fattori produttivi**. Alla lunga si rischia il peggioramento della qualità e comportamenti non sempre trasparenti. La considerazione è che siamo d'accordo sulla **centralizzazione degli acquisti** (apparecchiature, dispositivi), valutando però il giusto equilibrio. Questo ci porterebbe a parlare dell'HTA, cioè delle tecnologie per valutare i costi/ beneficio, tra le scelte di tecnologie sanitarie e gli acquisti, ma è un'altra cosa.