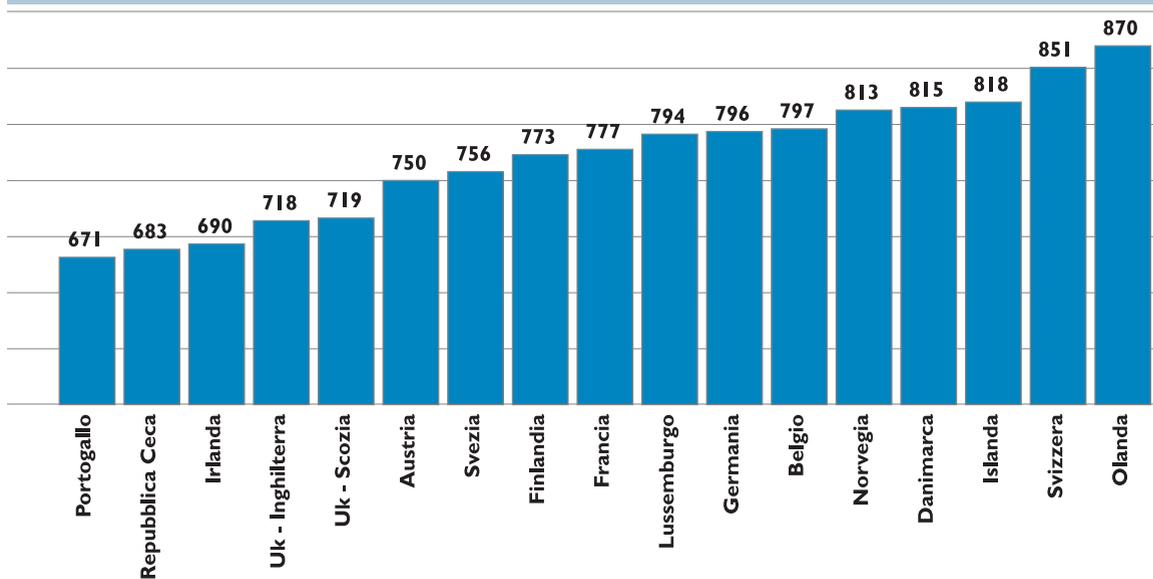


La classifica dell'Euro Health Consumer Index 2013



sulle evidenze) a sottolineare che «i tagli lineari non consentono di identificare quali servizi servono davvero al cittadino» e a suggerire un modello alternativo di spending review ispirato alla tassonomia degli sprechi che «assorbono oltre il 20% della spesa sanitaria per un totale di circa 22 miliardi».

È nelle pieghe del *business as usual*, insomma secondo Cartabellotta, che vanno recuperate le risorse da reinvestire sul sottoerogato, affinando anche il monitoraggio dei Lea «troppo limitativo perché basato su indicatori troppo macro».

Una ricetta che ben si rispecchia nel quadro dei possibili modelli di sostenibilità e riorganizzazione del Ssn tracciati da **Alberto De Negri** (Kpmg), convinto che il percorso delle Regioni in Piano di rientro non sia ancora completato del tutto: «Con i conti economici avviati alla normalizzazione (3 Regioni su 6) - ha detto - ora bisogna "normalizza-

re" l'erogazione della Sanità e paradossalmente proprio la macchina dei Piani di rientro può essere più pronta ad assorbire rallentamenti del finanziamento».

Il problema di fondo - ha proseguito De Negri - è che manca una declinazione quantitativa dei Lea: non è chiaro quale sia il confine inadeguatezza e inapproprietezza».

«A livello nazionale - ha aggiunto - la condivisione di modelli efficienti ed appropriati di soddisfacimento del bisogno è solo ai primi passi. Eppure si tratta di un processo indispensabile per fornire alle Regioni in Piano di rientro un modello sostenibile su cui atterrare».

Ma vale comunque per tutte il suggerimento di provare a individuare nella (buona) gestione lo spazio per l'evoluzione strutturale e tecnologica del servizio reso ai cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



l'Italia fino al Lazio, che equivale a 38 milioni di abitanti». Sintonia anche sul tema della governance: «Il Patto - dice - affronterà le strategie di governance istituzionale: ci vuole una cornice più solida e bisogna rafforzare e definire le deleghe e il ruolo del ministero della Salute e delle Agenzie».

«Più forza alla Salute» è il mantra condiviso anche da **Raffaele Calabrò** (Ncd), che individua le radici del gap Nord-Sud in «storture che vengono da lontano, su cui il Patto sarà certamente occasione di confronto». «Basta un esempio per tutti - spiega Calabrò: nel '96 sono stati definiti i fattori per definire i criteri di riparto del Fondo sanita-

rio. Tra questi la popolazione pesata. Decreti successivi avrebbero dovuto chiarire i criteri di pesatura, ma non sono mai arrivati e il riparto si fa con la popolazione pesata per età. In questo modo la Campania ha perso 400 milioni, 70 euro a cittadino, e la nostra Regione continua a essere penalizzata sul fronte degli investimenti». Anche per il deputato campano, dunque, un ruolo di maggior indirizzo e controllo a livello centrale può servire a «recuperare i ritardi e uniformare l'appropriatezza delle prestazioni» in un Sud che pure possiede una propria dote di eccellenze.

A raffreddare un po' la luna di miele pre-Patto ci pensa il confronto ravvicinato con le im-

prese. «Per la prima volta non abbiamo sentito parlare di misure sulla farmaceutica nella manovra del Governo - ammette **Emilio Stefanelli**, vicepresidente Farmindustria - ma la dotazione del Fondo sanitario nazionale resta incapiante, inferiore di circa il 20% rispetto agli altri Paesi europei: il risultato è che lo sfioramento della spesa farmaceutica lo paghiamo noi al 100% sulla territoriale e al 50% sull'ospedaliera. Il risultato è che le aziende del farmaco chiudono il 2013 con 445 milioni di euro di pay-back per il ripiano. Ora, con l'arrivo sul mercato di medicinali particolarmente innovativi e costosi bisognerà trovare spazi alternativi di intervento per tenere la spesa sotto controllo, altrimenti ogni nuovo farmaco che arriva lo pagheremo solo noi. Questi nuovi strumenti terapeutici, invece, contribuiranno a far diminuire altre voci della spesa sanitaria: per questo non si può continuare a considerare quello della farmaceutica un sistema chiuso rispetto al sistema e all'economia del Paese».

A dare un colpo al cerchio e uno alla botte, da "semi-falco" prudente (e competente in materia) è infine il viceministro dello Sviluppo, **Claudio De Vincenti**: «Oggi non mi sento molto sicuro del fatto che i prezzi di alcuni farmaci siano così rigorosamente allineati alla spesa di ricerca e sviluppo - ha detto -. Bisogna ragionarci sopra e guardare in faccia il problema: serve una metodologia di pricing che eviti situazioni indesiderate». Tre le questioni da verificare secondo De Vincenti: il miglioramento

della terapia, la remunerazione delle spese sostenute in R&S, il risparmio generato su altri capitoli della spesa sanitaria. «Spero che ci arriveremo con lo sviluppo dell'Health technology assessment (Hta) - ha detto -. In questo modo potremmo avviare un sistema di tetti dinamico e magari l'eliminazione dei tetti di prodotto visto che abbiamo il budget. Inoltre dovremmo valorizzare lo strumento del rimborso condizionato, legandolo di più ai risultati terapeutici». Insomma il sistema di budget e tetti resta: «Bisogna cercare di farlo funzionare bene, poi ci porremo la domanda se si può superare».

«Il problema da affrontare a viso aperto - prosegue De Vincenti, aggiungendo spina a spina - è semmai quello di favorire la concorrenza sul mercato tra i farmaci ancora coperti da brevetto».

Il calumet della speranza arriva con l'invito a rimboccarsi le maniche: è in arrivo il decreto attuativo del "Destinazione Italia" emanato dal Governo Letta con le norme sul credito d'imposta che premia l'investimento in R&S e il ministero sta lavorando a un sistema di risk-sharing facility: un fondo da 100 milioni di euro a garanzia dei grandi progetti di politica industriale in cui rientrano a pieno titolo le scienze della vita, garantisce De Vincenti. «È così che l'Italia diventerà un Paese in cui le industrie potranno farsi le "guance rosse" e crescere se avranno voglia di investire».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I MALESSERI DI MEDICI E MANAGER

Dicotomia ospedale-territorio? La scusa per non cambiare nulla

Recuperare sprechi e investire in infrastrutture non basta. Per dare sostenibilità, credibilità e perché no, orgoglio, al Ssn che aspetta l'alito vitale del Patto sulla salute serve anche un patto forte e un nuovo dialogo tra tutte le componenti del personale sanitario. Ne è convinto **Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna: «Bisogna dire basta alla dicotomia antagonista tra ospedale e territorio e coltivare un sistema relazionale all'interno del sistema».

A denunciare tutto lo sconforto di politiche del personale che hanno disamorato i professionisti è **Riccardo Cassi**, Presidente Cimo Asmd: «Oggi il 55% dei medici è over 50: non esistono più i giovani. Ora all'interno degli ospedali bisognerà imboccare la strada dell'intensità di cura, ma per farlo serve un cambiamento netto in cui i professionisti devono essere coinvolti. Non ci può essere una integrazione ospedale-territorio senza un punto d'incontro tra ospedali e convenzionati. Oggi questi due mondi sono completamente disgiunti, legati solo da protocolli per il passaggio del paziente da acuto a sub-acuto. I medici, inoltre, devono tornare a essere valutati per quello che sanno fare: per la qualità e l'efficacia delle cure prestate e non per capacità gestionale che appartiene solo a pochi».

Anche quei pochi, peraltro sembrano cominciare a scarseggiare, almeno secondo **Valerio Fabio Alberti**, presidente di Fiaso: «La lista delle priorità per garantire la sostenibilità del Ssn è lunga e servono persone in grado di condurre il processo, che siano in possesso di quella cultura necessaria a dialogare con i professionisti della sanità» - spiega -. «Per questo vanno creati vivai regionali di middle management da cui attingere per nominare i top manager della sanità». «Come Fiaso - ha proseguito - stiamo facendo un percorso in diversi step per arrivare a definire un profilo delle competenze del Dg, un percorso di formazione, di selezione e di valutazione. E c'è da riflettere e selezionare anche sulle buone prassi: bisognerebbe definire i livelli essenziali di organizzazione da rendere obbligatori all'interno delle aziende».

Sul nodo della gestione e dell'allocatione delle risorse punta invece il dito **Adriano Lagostena**, direttore generale del Galliera di Genova. «In Liguria gli over-65 sono il 28% della popolazione, gli over 74 sono al 22% e nel 2030 saranno il 27 per cento: con questi dati non può esistere dicotomia tra ospedale e territorio. Su 17mila ricoveri, il 23% è rappresentato da acuti puri, il 77% da acuti legati a quadri di cronicità. Questo ci pone il problema dell'evitabilità dei ricoveri e per affrontarlo possiamo solo applicare una massima di Galileo Galilei: misurate tutto ciò che è misurabile e ciò che non lo è rendetelo tale. L'alternativa è risparmiare tagliando i posti letto».

A declinare la ricetta per superare la centralità dell'ospedale è infine **Mario La Vecchia**, vicesegretario nazionale Anao Assomed: «Dobbiamo passare da un modello prestazionale a un processo di cura: il cittadino vuole garanzie sull'accesso e vuole sapere chi lo guida in questo labirinto che stiamo costruendo. Se gestiamo il processo in modo intelligente, avremo un sistema ospedale-territorio-Mmg-specialisti con protocolli condivisi e un sociale con cui interfacciarsi abbattendo anche la barriera tra sanitario e sociale che a fronte dell'avanzata delle cronicità ha sempre meno senso mantenere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA VOCE DELLE IMPRESE

Serve più libertà di investimento

«Dal Governo è arrivato un segnale chiaro: R&S come valore strategico per il Paese. Ora non ci sono alternative: serve un cambio di passo e la sfida giusta per l'Italia è sul valore aggiunto». La pensa così **Eugenio Aringhieri**, presidente del Gruppo Biotecnologie di Farmindustria che ricorda i 350 milioni di pazienti trattati nel mondo con i farmaci biotech: «Servono risposte nuove alla domanda di salute e serve maggior consapevolezza dei nuovi bisogni». «È una sfida che le imprese sono pronte a

cogliere - commenta **Pierluigi Antonelli**, Ad di Msd Italia - ma con condizioni di mercato accettabili, regole stabili, meccanismi equi di copayment per i cittadini e più centralizzazione. E bisogna snellire il percorso per l'approvazione degli studi clinici, oggi ridotti dalle lungaggini burocratiche: in Spagna si aspettano 2 mesi, in Francia 3, in Italia si arriva anche a 230 giorni. E serve un'Agenzia capace di lavorare con le aziende studiando un percorso strategico alla pari dell'Ema e della Fda».

E tra i percorsi virtuosi da innescare nell'ottica del rafforzamento del sistema ma anche delle imprese, sottolinea **Nicoletta Luppi**, presidente Sanofi Pasteur Msd Italia, c'è anche quello della prevenzione: «Nel 2016 ci saranno solo 2 persone attive per un

pensionato - ha detto - sarà necessario seguire logiche nuove per rendere il Ssn più flessibile alle nuove esigenze di cura. E bisogna destinare tutto il 5% del Fsn alla prevenzione, a esempio sui vaccini. Perché per ogni euro investito nell'immunizzazione nell'età adulta generano 4 euro di ricavi economici futuri nella prospettiva dei Governi».

Un tasto che trova sensibile **Marco Frey**, presidente nazionale di Cittadinanzattiva: «La crisi ha costretto tutti a cambiare punti di vista. Vale per i cittadini, costretti a modificare i propri stili di vita e vale per le aziende, che dovranno accettare la misurazione del valore creato e continuare a sopportare i tetti di spesa che rispondono efficientemente alla necessità di contenere la spesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA