

*Enzo Chilelli, Direttore Federsanità – ANCI*

*21 giugno 2013, Napoli*

Buongiorno a tutti e grazie per averci invitato a rappresentare la nostra traiettoria sulle sostenibilità dei nostri attuali di welfare.

Federsanità ANCI è la confederazione nazionale che raggruppa le federazioni regionali delle aziende sanitarie locali, ospedaliere e universitarie del nostro paese, e che quindi rappresenta un osservatorio centrale e privilegiato sulle dinamiche evolutive nel mondo della sanità, che come ben sappiamo tutti è fortemente regionalizzato, secondo logiche non sempre sovrapponibili, omogenee, né facilmente misurabili proprio per la varietà delle opzioni che il federalismo ha consentito e magari enfatizzato.

Eppure tutte le nostre realtà, regionali ed aziendali, vivono una criticità comune, acuita in questi anni di crisi complessiva del sistema paese e da essa fortemente influenzata, della tenuta, in termini di sostenibilità complessiva, dei nostri sistemi di welfare, tanto a livello centrale, quanto delle singole macro e micro sottoarticolazioni di sistema.

Per questo da qualche anno ci siamo concentrati come federazione a ragionare sulle prospettive e, in questo momento, siamo in un momento avanzato dei nostri approfondimenti, perché stiamo all'interno di una progettualità concreta, insieme ad AGENASS e al Ministero, che presto diventerà anche una sperimentazione operativa.

Io sono Enzo Chilelli, il Direttore Generale di Federsanità, e a questo progetto stiamo attivamente collaborando insieme ad Attilio Bianchi, una persona che probabilmente conoscete tutti, già presidente di Federsanità Campania, nostro vicepresidente nazionale nonché Presidente della Commissione Appropriata nella vostra regione, attualmente Direttore Generale dell'Università di Salerno, che per motivi legati proprio a questo suo incarico non può essere oggi tra noi e ha chiesto a me, che ho vissuto insieme a lui il progetto fin dalla nascita, a rappresentarlo a voi.

Premesso che il paradigma che proponiamo ci consente di ragionare per tutta la sfera dell'approccio culturale gestionale ed organizzativo delle problematiche in sanità, siamo partiti da un caso concreto, anche insieme agli amici della Lilly che oggi ci ospitano insieme a cittadinanza attiva, di cui tra un attimo vi parlerò.

Abbiamo avuto modo tra l'altro di esplicitare la nostra idea, ecco in realtà il caso concreto, nel corso di una audizione in XII commissione al senato, del luglio dello scorso anno, in occasione dei lavori relativi alla relazione annuale sul diabete, e fu in quell'occasione che Attilio esplicitò la nostra visione relativa al problema specifico ma, che come vi ho premesso, configura un approccio sistemico, passibile di tarature differenziate su vari ambiti di applicazione tanto che, vi anticipo, stiamo già attivando con gli stessi soggetti un altro tavolo di lavoro con i medesimi soggetti istituzionali, relativo alla BPCO, recentemente come sapete inserito dalla Balduzzi tra le patologie ad alto impatto. A questo proposito so che alla attenzione della commissione regionale proprio in questi giorni si sta ragionando tra l'altro proprio sulla BPCO e questa potrebbe rappresentare anche un link per un approccio integrato sul quale già da adesso, salutando le autorità istituzionali presenti, offriamo la nostra totale collaborazione.

Cosa dicemmo in quell'incontro al senato, che poi è diventato un po' il paradigma del nostro agire? Poche cose, e molto semplici, che però destarono immediatamente estrema attenzione sia nell'allora Presidente che nei componenti politici, scientifici, ed istituzionali presenti, nonché tra alcuni degli stakeholders, come oggi si dice, che ne hanno poi contezza.

- 1) Perché, se tutti sappiamo bene cosa va/andrebbe fatto, rispetto al trattamento delle patologie, ricordo che era il diabete oggetto di discussione, in realtà poi questo non "si scarica" nel mondo reale, per cui assistiamo a dati, per esempio quelli sulle amputazione del piede da, perdonatemi, bollettino di guerra
- 2) Siamo certi che l'attuale sistema di finanziamento dei nostri sistemi, di tariffa per prestazione, possa garantirci anche nel futuro la sostenibilità
- 3) Siamo certi che il nostro attuale approccio, molto incentrato su logiche finanziarie, di tetti di spesa, risparmi e tagli lineari, e su controlli orientati più sul versante della spesa che sui contenuti di salute, sia il modo migliore per garantire un uso ottimale delle risorse sui nostri fini istituzionali

Partiamo da qui, noi istituzionalmente siamo aziende sanitarie locali, non aziende amministrative locali, la nostra mission è garantire livelli incrementali di salute nelle nostre popolazioni di riferimento; invece che fa il nostro sistema sanitario? Promette la salute, ma finanzia la malattia: pensateci, noi cosa misuriamo, quanti DRG, piuttosto quante TAC, o quante glicemie produciamo, e quelle finanziamo, in maniera totalmente sganciata da obiettivi misurati/misurabili di salute, come se il numero di Risonanze Magnetiche fosse il proxy dello stato di salute; inoltre l'attuale sistema di remunerazione di tariffa per prestazioni, spinge esso stesso ad incrementare i volumi di produzione, non misurando in alcun modo quanto e se questo ci avvicini o meno ai nostri obiettivi di salute. E che succede: che per un ospedale, per esempio, la maggior ricchezza è rappresentato...dai malati, dalla presenza di malati; che il ricovero improprio diventa comunque uno strumento di finanziamento, come la TAC inappropriata, o la glicemia quando non serve.

Questo il sistema non lo misura, finanzia la prestazione e, una volta effettuata, la remunera. Si dirà, ma abbiamo per questo introdotto i tetti di spesa; pensiamoci, i tetti di spesa sono finanziari, non riguardano il mix di prestazioni utili o necessarie ad una certa patologia. Se costruissimo macchine è come se dicessimo ai nostri fornitori "ti fisso il tetto di 10.000.000 di euro, e tu mi produci tutti gli sportelli o il cambio o le autoradio", senza che questo sia correlato alla tipologia di macchina che devo costruire.

Si assiste ad una sorta di disallineamento tra gli obiettivi del sistema – la salute – e i driver esplicitati agli operatori e ai manager – la produzione di prestazioni. Un ospedale se non raggiunge il 75 per cento della occupazione viene proposto per la chiusura. Non dovremmo misurare il tasso di occupazione, ma il tasso di appropriatezza di occupazione del posto letto.

E allora? La nostra idea è che la sostenibilità deve enfatizzare il passaggio dalla sanità di consumo alla sanità sugli esiti. Quante glicemie sono necessarie perché un soggetto diabetico sia compensato?, bene noi sistema pubblico, COI SOLDI DI TUTTI NOI, finanziamo solo quello, non tutte quelle che mi fai anche se inutili o inappropriate. Anche i Lea, in questa ottica, assumono un significato "PATTIZIO" tra il sistema e il cittadino, non più soltanto un elenco positivo o negativo di prestazioni da assicurare o meno, ma una presa in carico evidence based sulle modalità di approccio alla cura delle patologie, non solo come terapia o diagnostica, ma anche come intensità dell'ambito di cura in cui questo trattamento viene eseguito. A te ospedale, ad esempio, chiarisco che il ricovero per trattamenti che potevano esser garantiti a parità di efficacia in un ambito di cura a più basso consumo di risorse, non rappresentino più un meccanismo di finanziamento. Dobbiamo allineare i comportamenti degli attori agli obiettivi di sistema.

E quello che stiamo facendo, in via sperimentale sul diabete e da fine giugno sulla BPCO e su alcune tipologie di trapianti, è dentro questa logica. Valuteremo a livello AGENASS e Ministeriale una serie di indicatori sullo stato di salute delle nostre coorti di pazienti affetti da diabete, e sul percorso complessivo del paziente valorizzeremo i meccanismi di finanziamento, in modo da enfatizzare sia la partecipazione dei singoli attori al percorso – indici di processo – sia, e via via sempre più, gli indicatori di esito, spostando sempre più risorse sugli indicatori di esito, in modo da finanziare soltanto la proattiva partecipazione al percorso dal mmg allo specialista ambulatoriale all'ospedaliero, sia il raggiungimento dell'esito.

Il termine che usò quel giorno Attilio fu DRG di percorso, o LEA diabetologico, che da allora sono entrate nell'uso comune non soltanto per noi che a questo progetto stiamo direttamente partecipando.

Nel ringraziarvi tutti dell'attenzione, oltre che esprimere di nuovo il mio grazie agli organizzatori, immagino di non aver potuto esplicitare, in dieci minuti, la caratura globale della nostra idea e per questo vi invito a contattarci, noi o le persone che vi ho nominato – è in sala il prof. Caputo, consigliere scientifico della XII commissione che quel giorno era in aula e che ha voluto inserire, e qui lo ringraziamo, come ultima frase del libro bianco sul diabete, proprio la proposta che insieme ad Attilio facemmo quel giorno, e che potrà illustrarvi particolari anche più tecnici.

Io mi fermo più, non senza prima salutare le autorità istituzionali presenti, alle quali mi piace comunicare un ambito di disponibilità ad approfondire un tema, che capisco cruciale per una regione che ha vissuto il piano di rientro e ne sta brillantemente superando la fase maggiormente critica. Il tetto di spesa rappresenta sicuramente quel minimo di certezza di tenuta finanziaria dei conti che in una regione commissariata configura un obiettivo inevitabile. Ma se il tetto di spesa fosse regionale, e le ASL ne diventassero traduttori in termini di richiesta appropriata di prestazioni, riempiendoli di case mix utili ai processi di salute nei singoli territori, e quindi nel rispetto di peculiarità epidemiologiche o di presenza di offerta, partendo magari da quelle patologie per le quali una progettualità nazionale o regionale già comincia ad individuare elementi di condivisione di approccio, noi saremmo entusiasti di collaborare con voi.

Grazie