
Appropriatezza e aderenza alle terapie alla luce del nuovo ruolo del Direttore di distretto: sintesi della discussione del 27 marzo 2017

Americo Cicchetti

Ordinario di Organizzazione Aziendale

Facoltà di Economia

Università Cattolica del Sacro Cuore

I partecipanti all'incontro del 27 marzo 2017

(Asl Roma 1 – Sala Riunioni Via Borgo Santo Spirito)



- Prof. **Americo Cicchetti** *Direttore Altems - Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari Università Cattolica Sacro Cuore Roma*
- Dott. **Rosario Mete** *Presidente CARD Lazio. Direttore Distretto 9 ASL Roma 2*
- Dott. **Fabrizio Ciaralli** *Direttore IV Distretto territoriale ASL Roma 2*
- Dott.ssa **Anna Roberti** *Direttore XV Distretto Territoriale ASL Roma 1*
- Dott.ssa **Giovanna Riccioni** *Direttore Farmaceutica Territoriale ASL Roma 1*
- Dott.ssa **Daniela Sgroi** *Direttore Sanitario Asl Roma 3*
- Dott. **Pierluigi Bartoletti** *Vice Segretario Nazionale Vicario FIMMG*
- Prof. **Serafino Ricci** *Professore di ruolo di Medicina Legale/Medicina Sociale, Università degli Studi Sapienza di Roma.*

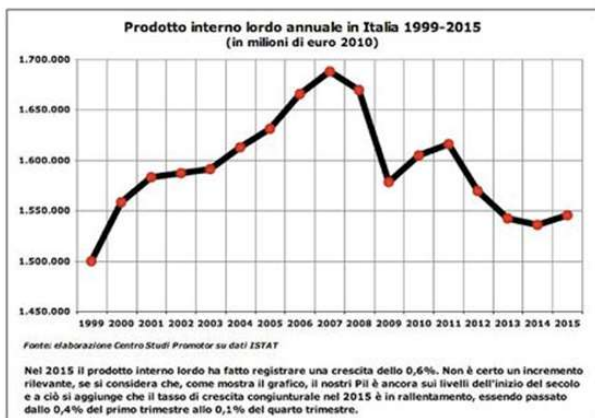
Agenda

1. Lo scenario economico:
 - 1.1 Il contesto nazionale
 - 1.2 La regione Lazio
 - 1.3 Disavanzi per gruppi di regioni
2. Le politiche sanitarie per la sostenibilità
 - 2.1 Considerazioni
3. Analisi dell'assistenza a livello macro: l'evoluzione dei distretti
4. Il ruolo del distretto
5. Il distretto e l'appropriatezza
6. La visione strategica che emerge

1.1 Lo scenario economico: Il contesto nazionale



La sanità pesa per il 10,7% nel bilancio dello stato italiano



- ✓ L'economia italiana è cresciuta poco o nulla negli ultimi 10 anni per effetto della crisi
- ✓ Il gettito fiscale ne ha risentito di conseguenza e così la spesa pubblica
- ✓ La spesa pubblica aumenta meno che negli altri paesi (avanzo primario)

INCREMENTO DELLA SPESA PUBBLICA

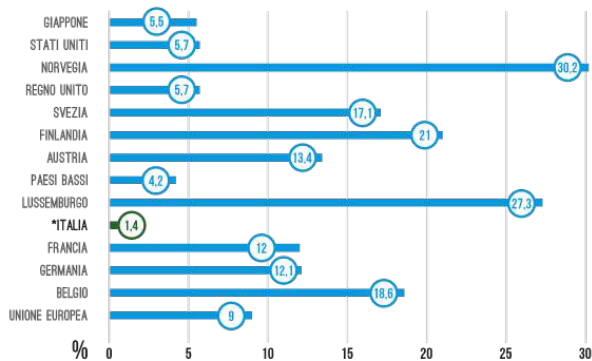
Incremento della spesa pubblica in alcuni paesi dell'Unione monetaria europea nel periodo 2009-2014 (esclusa la spesa per interessi)

#prideandprejudice

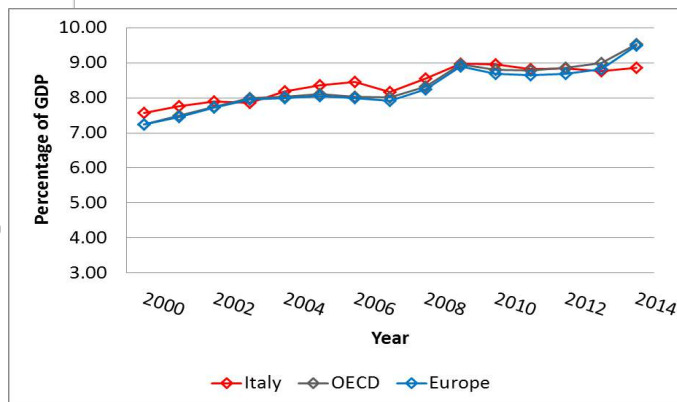
www.mef.gov.it

- ✓ La spesa pubblica aumenta meno che negli altri paesi (avanzo primario)
- ✓ La crescita della spesa è stata finanziata in deficit, fattore che ha peggiorato le condizioni del debito pubblico;

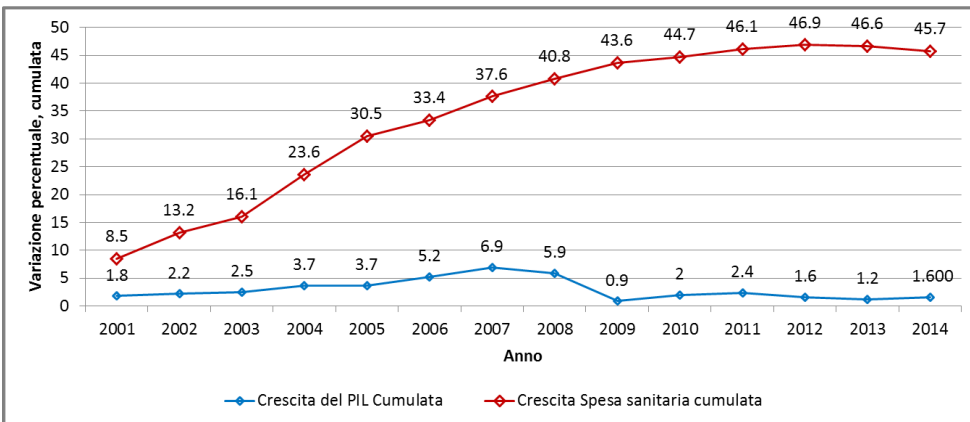
INCREMENTO DELLA SPESA PUBBLICA 2009-2014



*Riclassificando il bonus 80€ per i lavoratori dipendenti come una sgravo del cuneo fiscale anziché come spesa sociale (il dato secondo le statistiche ufficiali è 2,2).

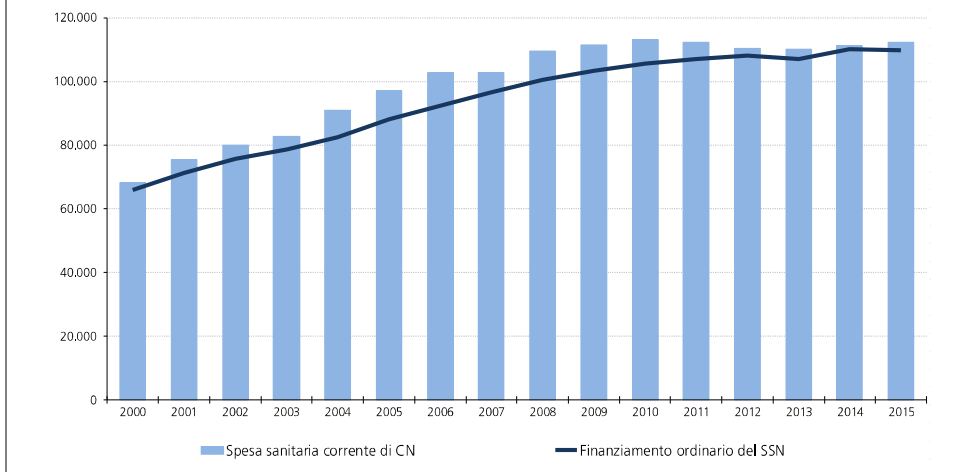


1.1 Lo scenario economico: Il contesto nazionale



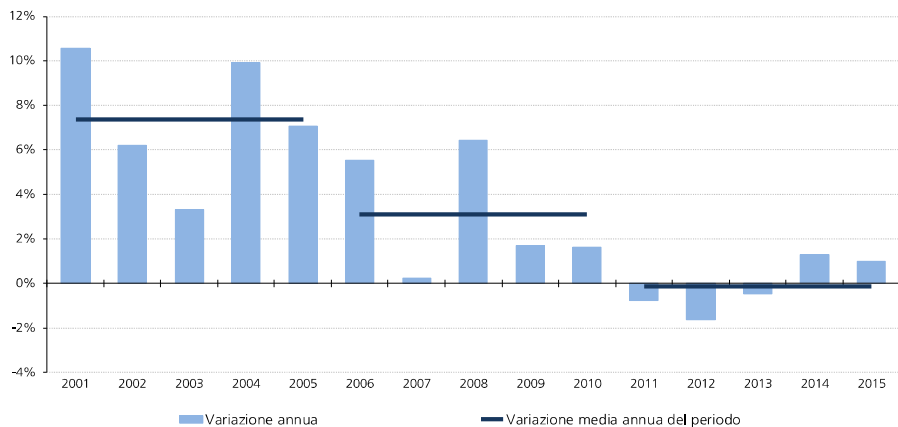
- ✓ La spesa sanitaria nonostante tutto è cresciuta costantemente fino al 2011;
- ✓ La crescita della spesa sanitaria è stata finanziata attraverso la riallocazione dei fondi dalla ricerca e l'istruzione a favore di sanità e previdenza sociale;
- ✓ Questo ha ulteriormente “depresso” le opportunità di ripresa;
- ✓ Per il resto la crescita della spesa sanitaria è stata finanziata creando maggiore debito pubblico;

Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2015 (valori assoluti in milioni di euro)



1.1 Lo scenario economico: Il contesto nazionale

Fig. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 (variazioni percentuali)

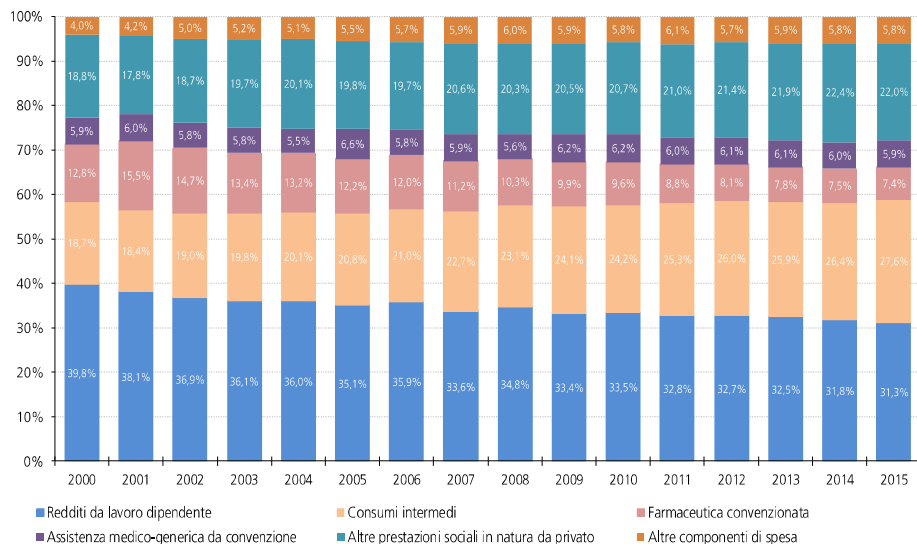


Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2016.

✓ Un dato rilevante è la **variazione della spesa annua per periodo**, si nota come:

- Nel periodo 2001-2005, si è registrata una crescita media del 7,5%
- Nel periodo 2006-2011, si è registrata una crescita sotto il 4%
- Nel periodo 2011-2015, si è registrata una crescita negativa

Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2015 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2016. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

✓ Un'altra dinamica interessante è la **riallocazione della spesa**:

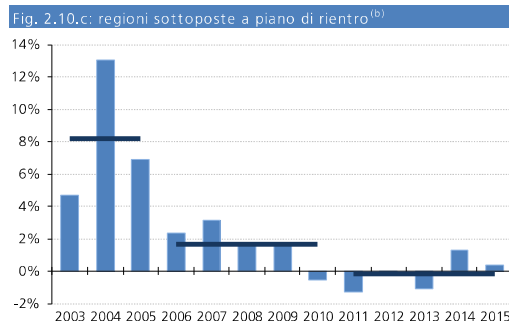
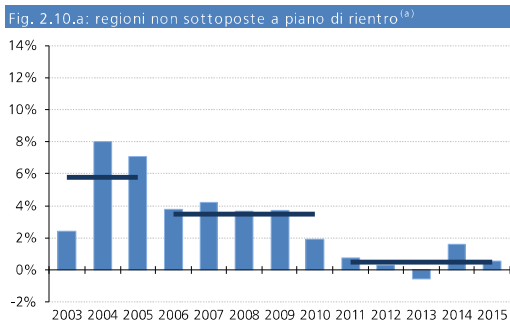
- Emerge una riduzione della spesa per il personale dell'SSN sia in convenzione che al di fuori di circa il 10%
- La riduzione più evidente della spesa è nel comparto della spesa farmaceutica convenzionata, si passa da una crescita del 5% in media a una decrescita di più del 5%

1.1 Lo scenario economico: Il contesto nazionale

Fig. 2.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

2.10 a) Regioni non sottoposte a piani di rientro

- ✓ Non si rilevano grandi differenze nella spesa
- ✓ Si evidenzia comunque una crescita nella spesa sanitaria corrente globale

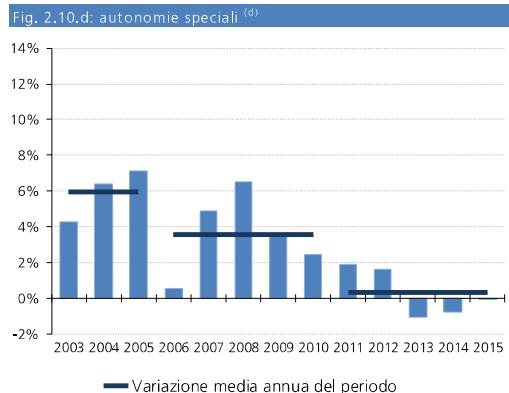
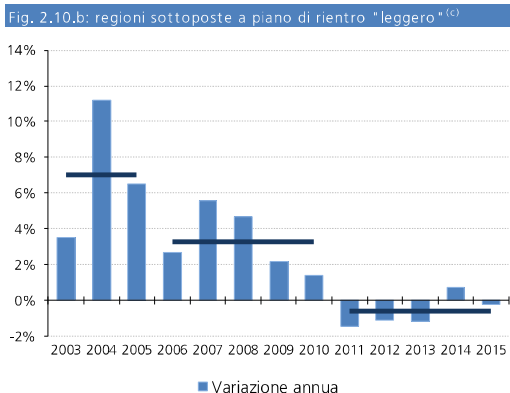


2.10 c) Regioni sottoposte a piani di rientro

- ✓ Si rileva una grande differenza rispetto al tasso di crescita precedente il piano di rientro

2.10 b) Regioni sottoposte a piani di rientro «leggero»

- ✓ Sono il Piemonte e la Puglia
- ✓ Hanno registrato una riduzione della spesa superiore rispetto a quella delle regioni in piano di rientro



2.10 d) Autonomie speciali

- ✓ Hanno un trend in cui in media la crescita della spesa è sempre stata presente, ma si è ridotta nell'ultimo periodo

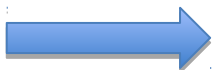
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.



Il 2004 è stato un anno particolare in quanto:

- ✓ Le regioni più virtuose hanno registrato una crescita della spesa pari a +8%
- ✓ Le regioni che in seguito sono entrate in piano di rientro hanno registrato una crescita della spesa pari al +13%

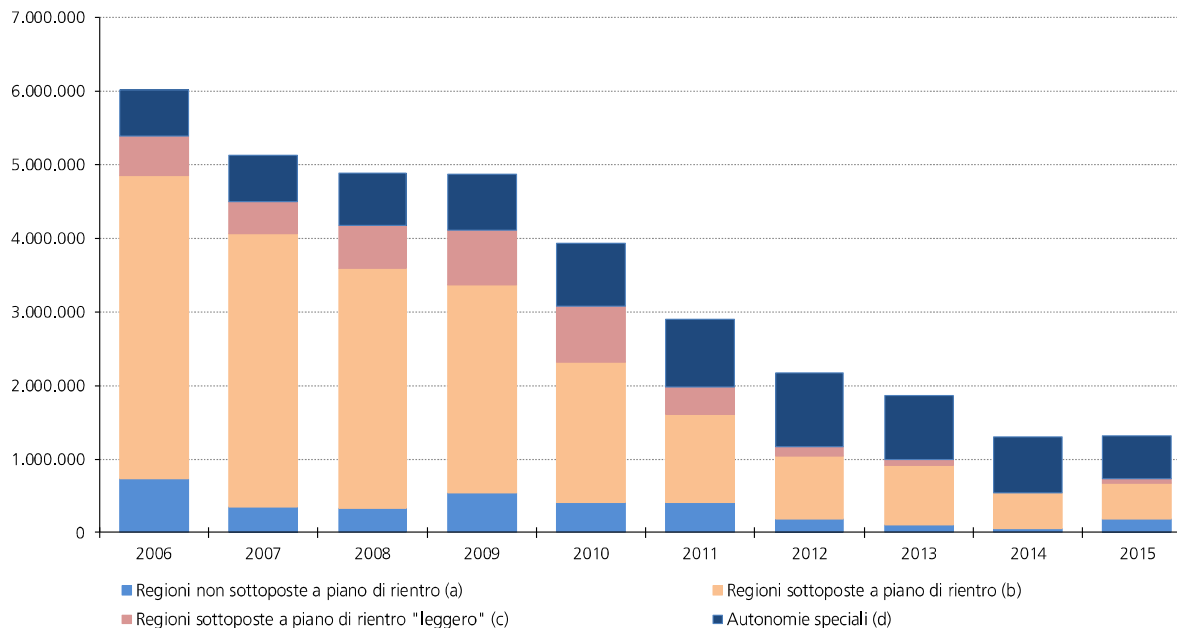
1.2 Lo scenario economico: La Regione Lazio



- ✓ **La spesa sanitaria nel Lazio è cresciuta in media del 10,5% all'anno tra il 2003-05 ed è crollata ad una crescita negativa di -0,6% tra il 2011 e il 2015;**
- ✓ **La spesa farmaceutica incideva per il 2% sul totale della spesa nel 2002, nel 2015 era al 9% (3,3% - 9,2% dato nazionale). Incremento meno della media;**
- ✓ **Le spese per gli altri beni passano dal 14% del 2002 al 18,5% del 2015 (dal 17 al 19,6% a livello nazionale). Incremento più della media;**
- ✓ **Le spese per il personale è cresciuta del 9,1% all'anno tra il 2003 e il 2005 ed è scesa del 2,5% in media tra il 2011 e il 2015;**
- ✓ **Il disavanzo si è ridotto da 1,95 mld (2002) a 0,38 mld (2015), e continua ad incidere per circa 1/3 del disavanzo nazionale (che passa da 6 a 1,2 mld);**

1.3 Lo scenario economico: disavanzi per gruppi di regioni

Fig. 2.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

- ✓ Le regioni sottoposte a piano di rientro (sezione gialla) hanno progressivamente ridotto il loro deficit
- ✓ Le regioni non sottoposte a piano di rientro (sezione azzurra) hanno sempre accumulato deficit limitati



Tuttavia il decremento del deficit ormai si è arrestato, tanto che questo sta portando a un ragionamento politico nella direzione di sostituire i piani di rientro con nuovi meccanismi più efficaci per garantire la sostenibilità del sistema

2. Le politiche sanitarie per la sostenibilità



Dove si può intervenire per garantire la sostenibilità del sistema?

Razionalizzazione/Appropriatezza/Efficientamento

- Riforma dei sistemi sanitari regionali (“Piani di Rientro”) - (2007-2016; Lazio, Campania, Sicilia, Puglia, Molise, Piemonte, Calabria, Abruzzo);
- Piani di rientro aziendali (2016-2017)
- Nuovi standard ospedalieri (Reti, PDTA) (DM 70/2015);
- Blocco del turn over
- Spending review (2012-2015);
- Centralizzazione degli acquisti
- Gestione della spesa farmaceutica (MEAs, Genericazione e biosimilari, note, registri, PT, ecc.);
- Programma Nazionale di HTA per i dispositivi medici-

Razionamento

- Ritardato accesso alle innovazioni a livello regionale
- Razionamento accesso a terapie innovative (HCV)

Finanziamento aggiuntivo

- Nessun intervento normativo;
- Incremento della spesa privata non intermediata

2.1 Le politiche sanitarie per la sostenibilità: considerazioni

Razionalizzazione/Appropriatezza/Efficientamento

Riforma dei sistemi sanitari regionali ("Piani di Rientro")	➔	Appropriatezza dal punto di vista organizzativo istituzionale , ossia utilizzare al meglio le risorse a disposizione
Piani di Rientro Aziendali (2016/2017)	➔	I singoli Ospedali della regione Lazio hanno realizzato Piani Aziendali, <u>ma la credibilità è minata dal fatto che sono fatti dallo stesso DG dell'ospedale, c'è un problema di credibilità manageriale</u>
DM 70/2015, nuovi standard ospedalieri	➔	Il blocco del Turn Over ha consentito di risparmiare molte risorse in passato, tuttavia non è ulteriormente applicabile . La percentuale di lavoratori nella fascia che va dai 18 ai 29 anni in certe regioni è pari a 0.
Spending review (2012-2015);	➔	I due interventi di spending review non hanno prodotto i risultati attesi
Centralizzazione degli acquisti	➔	Gli effetti della centralizzazione sono ancora da scoprire, gli scandali di CONSIP hanno fatto perdere credibilità al sistema
Gestione della spesa farmaceutica	➔	In passato si sono ottenuti risparmi sulla farmaceutica convenzionata, risparmi non ulteriormente replicabili in futuro. Sara necessario individuare: -schemi di pagamento condizionato -ragionare in termini finanziari con le aziende per spalmare gli effetti benefici del farmaco -lavorare sull'appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi tecnologici

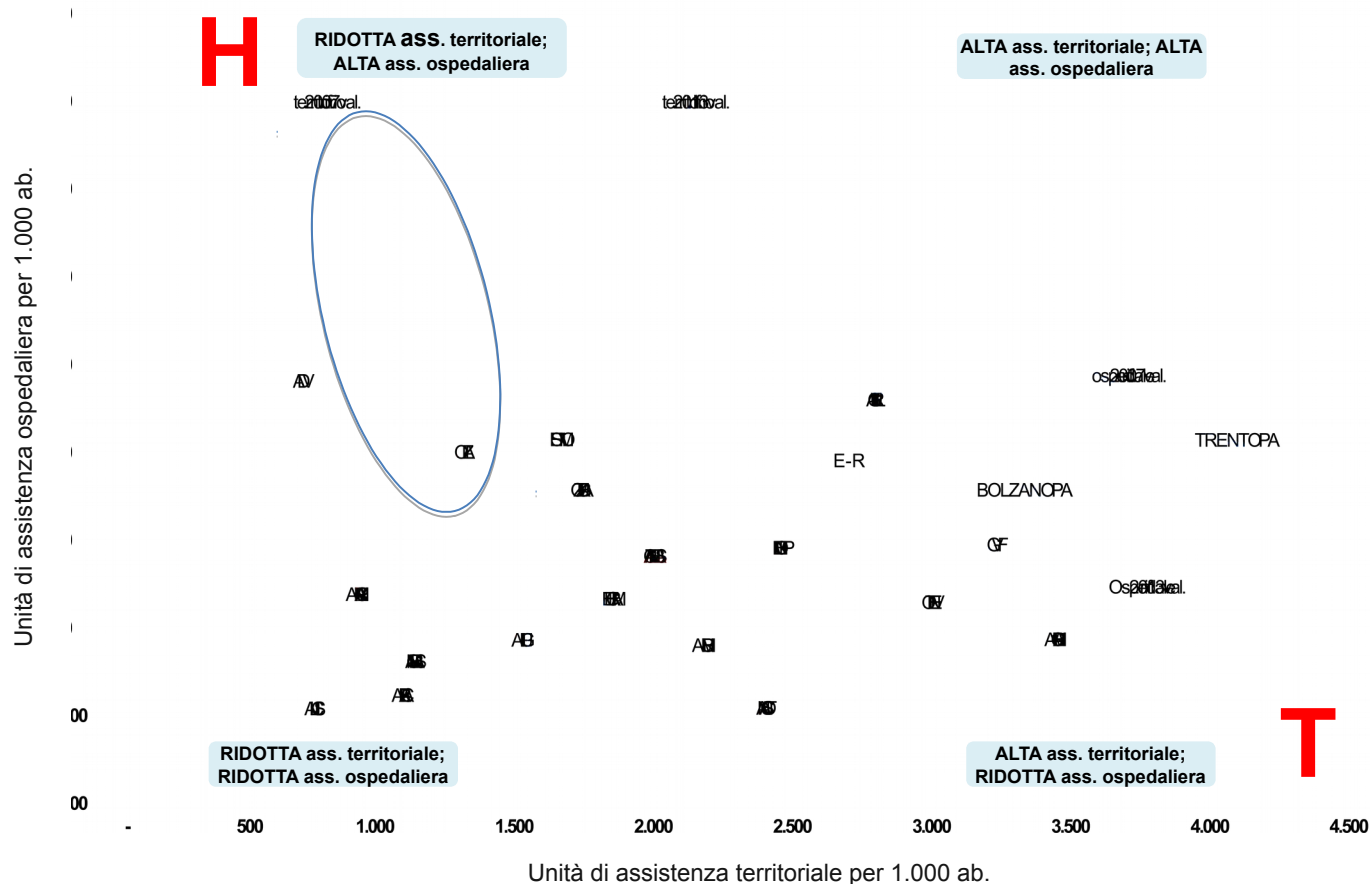
Razionamento e Finanziamento aggiuntivo

- In Italia non si è mai avuto un razionamento di tipo esplicito, si è avuto un solo *razionamento implicito nel caso dei farmaci per l'epatite C*
- Altri esempi di razionamento implicito sono il ritardo dell'accessibilità di un'innovazione e l'iniquinà di accesso ai servizi

3. Analisi dell'assistenza a livello macro: l'evoluzione dei distretti

Tutte le Regioni, dal 2007 hanno potenziato l'assistenza territoriale e ridotto l'assistenza ospedaliera

Variation regionale delle unità di assistenza territoriale e giornate di degenza ospedaliere, anno 2007-2013



- ✓ Il valore medio, per il 2013, dell'assistenza territoriale è pari a 1.964 gg per 1.000 ab. mentre per l'assistenza ospedaliera si attesta a ca. 1.076 gg per 1.000 abitanti
- ✓ Nel dettaglio si rileva un notevole aumento delle unità di assistenza territoriale per le Regioni in PdR Molise e Puglia.

4. Il ruolo del distretto

- 🌐 Il Distretto Sanitario rappresenta **l'articolazione territoriale dell'Azienda.**
- 🌐 E' una struttura organizzativa complessa che contribuisce alla mission aziendale **assicurando alla popolazione di afferenza la disponibilità - secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza - dei servizi di tipo sanitario e sociale.**
- 🌐 Tra gli obiettivi del distretto vi è quello di **gestire secondo principi di efficienza ed appropriatezza le risorse a disposizione razionalizzandone l'allocazione e l'utilizzo**



Il distretto svolge quindi un ruolo chiave nel **garantire la sostenibilità del sistema**




E' una rete di relazioni più che una struttura gerarchica e la capacità di integrare professionalità e competenze è la sua reale forza



Tuttavia **non è mai esistito**, se non occasionalmente in alcune regioni, **un intervento di sistema sul potenziamento di una rete assistenziale territoriale**


5. Il distretto e l'appropriatezza

La sostenibilità del sistema è strettamente correlata all'appropriatezza

-  **I direttori di distretto sono garanti dell'appropriatezza prescrittiva** in quanto sono presidenti delle commissioni sull'appropriatezza prescrittiva che vedono al loro interno diverse figure come farmacisti territoriali, medici di medicina generale, specialisti che vigilano sul comportamento prescrittivo.



Ma la prospettiva dovrebbe essere allargata

-  **È di primaria importanza che il ruolo del direttore di distretto estenda, da garante dell'appropriatezza prescrittiva a garante dell'appropriatezza in senso più ampio: organizzativa e gestionale**, tale da supportare approcci per percorsi multidisciplinari, in grado di governare meglio ed assicurare esiti in termini di spesa e di salute



Appropriatezza prescrittiva/organizzativa/gestionale = sostenibilità

5. Il distretto e l'appropriatezza (2)

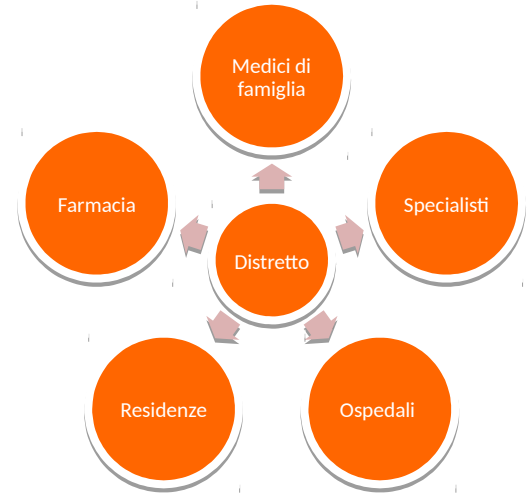


Cosa deve fare il distretto?

“*Costruendo un mandato intorno al concetto di appropriatezza, immaginandolo tutto: appropriatezza organizzativa, dove investiamo risorse e come, in base a cosa decidiamo di investire, rilevare i bisogni; appropriatezza clinica, sappiamo quanto la logica delle liste di attesa impatti sulla percezione che tutti gli utenti hanno del nostro servizio sanitario*”



Quindi non più appropriatezza solo rispetto alla spesa dei farmaci, ma in generale appropriatezza nella scelta di dove investire le risorse sulla base dei bisogni rilevati e che può riguardare tutti gli ambiti (dalla specialistica alla diagnostica strumentale, alla farmaceutica)



Gioca un ruolo importante **il rapporto tra il distretto e le varie figure sanitarie e strutture coinvolte: i MMG, gli specialisti ambulatoriali, i medici ospedalieri e le altre strutture che ruotano intorno al distretto**

5. Il distretto e l'appropriatezza (3)



Per conseguire la sostenibilità sono intervenuti *valorizzando il ruolo delle commissioni di appropriatezza prescrittiva in tutte le sue componenti, la medicina generale, lo specialista, il farmacista e altri attori chiave*



“Siamo partiti con una spesa farmaceutica da 300 euro pro capite e nell'anno 2016 siamo arrivati a 149 euro pro capite.

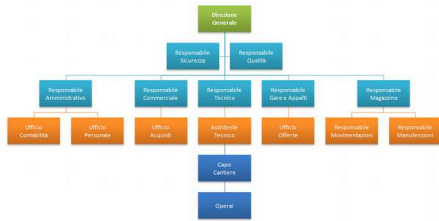
Il mio distretto ha 136 euro pro capite nel 2016. Ci sembra che di più non si possa fare!”



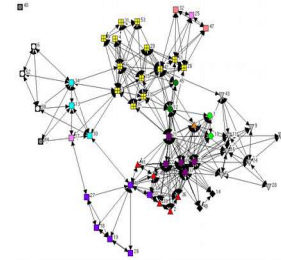
Invece ancora *qualcosa si può fare, ma tutti insieme, dobbiamo un po' cambiare l'ottica, e fare sistema*: specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e specialisti ospedalieri. Afferma che si debba ragionare non più secondo logiche economiche, ma ad esempio lavorando con la medicina generale su cluster di pazienti, sul case mix che ogni medico di medicina generale ha rispetto ai propri pazienti, sulle patologie, *e in termini di aderenza*, perché *l'inappropriatezza e la non aderenza generano dei costi importanti, sia diretti che indiretti.*





5. Il distretto e l'appropriatezza (4)

Dal “castello”



Alla “rete”



-  Per conseguire l'**appropriatezza** serve che quest'ultima sia **perseguita sia nell'ambito territoriale che ospedaliero**
-  Si rileva spesso una **mancaza di ricerca di appropriatezza in ospedale e di integrazione tra ospedale e territorio**
-  L'**assistenza ospedaliera** trova difficoltà nello sfruttare le proprie risorse perché segue la logica di occupazione del posto letto e **non di appropriatezza con riferimento al paziente**
-  Un **sistema informatico e informativo** che permetta di seguire il paziente in tutti i suoi passaggi **aiuterebbe il conseguimento dell'appropriatezza**

5. La nuova prospettiva medico legale

L'85% delle cause nell'ambito medico legale è dovuto a disorganizzazione



Come migliorare il problema ?

- Con la **legge Gelli** si è fatto un passo avanti: si è passati dalla **responsabilità medica** alla **responsabilità sanitaria, intesa come struttura nella sua interezza**;
- Questo ha determinato che **non saranno ammesse linee guida spot o circoscritte a determinate Regioni che possono essere smentite dal Tar** (come recentemente accaduto in Piemonte nei confronti di un farmaco), **ma**
- dovranno esserci delle **linee guida valutate, approvate e pubblicate presso l'Istituto Superiore di sanità, valide per tutti** che costituiranno la certezza per il medico che si dovrà attenere;
- **Il distretto potrebbe svolgere il ruolo di connettore tra i differenti attori parte delle linee guida.** Dove non c'è una linea guida c'è un percorso e il distretto potrebbe monitorare la corretta applicazione degli stessi percorsi e dei loro esiti.

6. La visione strategica che emerge

- **Multidimensionalità**
 - Necessità di trovare soluzioni organizzative in grado di bilanciare la funzione pubblica di **committenza** rispetto alla dimensione della **produzione**.
- **Differenziazione**
 - Esigenza di definire livelli e modalità di **specializzazione dei compiti** coerenti rispetto alle differenti **scelte istituzionali** relative alle funzioni di committenza e di produzione con riferimento ai bisogni clinici, assistenziali e sociali.
 - Esigenza di riconoscere autonomia gestionale in funzione delle specificità delle **comunità territoriali locali** (es. zone rurali vs urbane), garantendo nel contempo prestazioni eque ed omogenee nei livelli essenziali di assistenza.

6. La visione strategica che emerge

- **Integrazione**

- Sul piano del governo della domanda, esso si declina anzitutto in termini di esigenza di garantire **continuità, unitarietà e coordinamento nella presa in carico del paziente** – specie se fragile e affetto da diverse patologie - all'interno di un piano assistenziale integrato ed omogeneo.
- Sul piano del governo della produzione, esso si esprime lungo tre direttrici di azione:
 - integrazione ospedale-territorio, ovvero tra servizi ospedalieri (focalizzati nelle sole fasi di acuzie) e servizi territoriali (vocati alle fasi di pre e post acuzie) – es. programmi di dimissioni protette;
 - integrazione territorio-territorio, ovvero tra diversi servizi territoriali (es. presa in carico congiunta di pz affetti da demenza da parte della psichiatria territoriale e dell'assistenza primaria) o tra diversi setting territoriali (es. prestazioni residenziali di sollievo rivolti a pz in assistenza domiciliare integrata; prestazioni residenziali temporanee post dimissione ospedaliera in attesa che si crei un setting domiciliare idoneo per la presa in carico del paziente a domicilio);
 - integrazione socio-sanitaria, ovvero tra servizi sanitari e servizi sociali (es. attivazione di equipe territoriali multiprofessionali per la valutazione multidimensionale del paziente fragile e la successiva presa in carico a domicilio).

6. La visione strategica che emerge

Primo Livello (Individuazione e strutturazione delle funzioni territoriali)

- Committenza
- Produzione

Secondo Livello (Scelta del modello organizzativo)

- Divisionale vs matriciale

Terzo Livello (Processi di presa in carico)

- PDTA
- Chronic care model
- Riconciliazione farmacologica