

# AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **19**

**MARCHE.** Aggiornate le tariffe per acuti: Drg calcolati per gruppi H e mobilità passiva

A PAG. **22**

**BENCHMARKING.** Otto aziende a confronto su quattro indicatori

A PAG. **23**

**MERCATI E NEWS.** Studio Pharmasoft: inesattezze nei file dei medici da informare

E. ROMAGNA/ All'azienda il riconoscimento Ethic Award per il piano di miglioramento della sostenibilità

## Ambiente, premiata l'Asl di Rimini

Campagne di informazione dedicate ai dipendenti per abbattere consumi e costi

Il piano di miglioramento della sostenibilità energetica dell'Asl di Rimini, attivo dal 2010, ha incassato il riconoscimento speciale "Green building", nell'ambito del Premio Ethic Award messo in palio dal settimanale GdoWeek, del Gruppo Il Sole-24 Ore. «Un premio che ha stupito noi stessi, in prima battuta, ma se ci si pensa bene le Usl, in quanto aziende, sono chiamate a rispettare un budget e a perseguire obiettivi di miglioramento continuo, anche economico», spiega **Paolo Bianco**, l'ingegnere che sta coordinando l'iniziativa.

A due anni dall'avvio dell'iniziativa, deciso con determina della direzione generale nell'ambito della più ampia strategia d'intervento energetico affidata a un gruppo ad hoc regionale, l'Asl di Rimini ha raccolto frutti consistenti. «L'obiettivo che fino a oggi siamo riusciti a raggiungere - continua Bianco - è mantenere i livelli di consumo energetico del 2006, pure a fronte di una

espansione dell'Asl del 30%, tra servizi e strutture.

Per un'azienda sanitaria è un risultato notevole, se si pensa che l'incremento annuo medio dei consumi per una realtà della nostra dimensione oscilla tra il 5 e il 7 per cento».

Il target è stato centrato grazie a un massiccio piano d'investimenti sulle strutture e alle campagne di comunicazione sui 4.500 dipendenti, orientate alla riduzione degli sprechi. «Fatto 100 l'impatto - precisa Bianco - 80 è l'apporto derivante dai nuovi impianti, soprattutto quello di cogenerazione da cui ci attendiamo nel 2012 metà dei risparmi; mentre 20 è il contributo dei comportamenti più consapevoli delle persone, a fronte peraltro di



un budget in formazione assolutamente limitato, pari a 10mila euro l'anno circa. Nel complesso, vorrei sottolineare come l'originalità del progetto stia proprio nell'aver collegato interventi strutturali al coinvolgimento dei dipendenti».

Coinvolgimento che è risultato maggiore sul fronte della sensibilizzazione al risparmio sui consumi elettrici, una delle voci prioritarie d'intervento insieme con i capitoli impianti termici, risparmio idrico e fonti rinnovabili. «Il piano - si legge nelle motivazioni del premio - attraverso un approccio integrato tra efficienza, utilizzo di energie rinnovabili e uso razionale dell'energia, con coinvolgimento dei dipendenti nell'applicazione delle

buone pratiche, ha generato benefici concreti verso i cittadini e gli utenti del servizio e il sistema di imprese della zona».

Il progetto, inizialmente a carattere biennale, era stato finanziato per il periodo 2011-2012 con oltre 3 milioni di euro. La buona riuscita, con la possibilità di reinvestire i risparmi ottenuti e l'interesse di investitori privati, hanno portato a un rifinanziamento per tutto il 2012 pari ad almeno 1,5 milioni. Decisione su cui però gravano sia i tagli che negli ultimi mesi hanno interessato la Sanità sia il mancato stanziamento, da parte del ministero dell'Economia, del miliardo da destinare all'adeguamento delle strutture sanitarie. Sarà dunque il management, nel corso del prossimo anno, a valutare se continuare a finanziare l'iniziativa o se sospenderla, stornando i fondi verso voci più "urgenti" del budget aziendale.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ANGOLO DI PENNA**

### La trasparenza delle performance e i rischi dell'approccio federalista

di **Nino Cartabellotta** \*

La credibilità della Sanità pubblica è strettamente legata alla capacità di rendicontare pubblicamente dati e informazioni che permettano ai cittadini di verificare se il sistema sanitario da loro utilizzato e finanziato attraverso la fiscalità generale eroga servizi sicuri, efficaci, efficienti e appropriati. In particolare, quando la sfiducia dei cittadini per il sistema è molto elevata, è indispensabile recuperare credibilità aumentando il grado di trasparenza nel rendicontare le performance delle organizzazioni sanitarie.

In Italia, tali valutazioni sono state inizialmente demandate alle Regioni con risultati molto eterogenei: la leadership è detenuta dal Sistema sanitario della Toscana che, da alcuni anni, utilizza un sistema di valutazione - progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS Lab) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - che misura le performance di tutte le aziende sanitarie regionali. Mentre alcune Regioni (Umbria, Liguria, Basilicata, Marche, Aosta e le Province autonome di Trento e di Bolzano) aderivano alla sperimentazione del modello Toscana, il 21 aprile 2010 è stata lanciata dal ministero della Salute l'operazione "Trasparenza nella Sanità": il MeS Lab ha elaborato un primo gruppo di indicatori per misurare appropriatezza, efficienza e qualità dei servizi sanitari erogati da Regioni e Province autonome, sino al dettaglio delle singole aziende sanitarie. Anche se sono stati considerati "solo" 34 indicatori relativi al 2008, il primo tentativo di accountability and openness è perfettamente riuscito, documentando notevoli differenze sia tra le performance regionali, sia tra le varie aziende sanitarie della stessa Regione.

In attesa di conoscere i risultati relativi al 2009, esaminando i sistemi di valutazione più avanzati (Regno Unito, Usa, Canada, Australia) ecco quali indicatori dovrebbero essere misurati in un sistema multidimensionale ideale per valutare le performance sanitarie:

- competenza professionale, in termini di conoscenze, skills e attitudini;
- appropriatezza professionale, intesa come la capacità di prescrivere «l'intervento sanitario giusto, al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata»;
- appropriatezza organizzativa, rispetto al setting assistenziale, al timing e alle risorse umane utilizzate;
- efficacia: riduzione della mortalità, della morbilità e delle complicanze, miglioramento della qualità di vita;

CONTINUA A PAGINA 18

#### CAMPANIA

### Al via «Telecoma»

Assistenza domiciliare basata su un articolato sistema di monitoraggio a distanza, interventi terapeutici appropriati e una rete di professionisti. Sono le linee guida del progetto «Telecoma» rivolto a pazienti in stato vegetativo e cerebrolesi anche attraverso il supporto offerto alle famiglie con l'utilizzo della telemedicina. Il tutto nella puntuale applicazione dei protocolli sulla riabilitazione e nel rispetto della privacy degli assistiti. Le modalità operative avranno una durata di 24 mesi e prevedono l'attivazione di un sistema di software basato su dieci posizioni installate presso il domicilio di altrettanti pazienti il cui monitoraggio continuo, insieme ai protocolli assistenziali e ai trattamenti terapeutici, viene gestito h24 da un server centrale cui è connesso un call center per eventuali richieste di soccorso immediato anche con l'ausilio della Croce rossa.

L'iniziativa, elaborata dall'associazione "Gli amici di Eleonora Onlus", si avvale del contributo della Fondazione con il Sud nell'ambito del Bando per i progetti speciali e innovativi 2010.

### Occhi monitorati fin dalla "materna"

**G**enitori e insegnanti. Tra gli zero e i sei anni dei bambini con cui hanno quotidianamente a che fare sono loro, le sentinelle della vista dei più piccoli. Un ruolo cruciale, se si pensa all'importanza di una visita specialistica precoce nell'intercettare disturbi visivi.

Per questo l'Asl di Olbia ha avviato una campagna di prevenzione sui bambini di quattro anni iscritti alle materne. In campo, supportati dalle segnalazioni di padri, madri e maestri, gli ortottisti dell'azienda sanitaria, che in classe visiteranno i nati nel 2007. I bimbi in cui si evidenziasse difetti saranno inseriti in una terapia multidisciplinare che coinvolgerà anche pediatri e oculisti della stessa Asl. Perché la prevenzione ha la vista lunga. (B.Gob.)

#### POLTRONE

### Giuseppe Zuccatelli neo-presidente Agenas

**G**iuseppe Zuccatelli è il nuovo presidente dell'Agenas, in sostituzione di Renato Balduzzi, nominato ministro della Salute. Zuccatelli era già membro "anziano" del Cda dell'Agenzia e quindi successore naturale dell'ex presidente.

Nato nel 1944 a Ferrara, medico, specialista in Igiene e medicina preventiva, Zuccatelli ha diretto l'Asl di Cesena fino al 2002 e in precedenza è stato direttore sanitario di numerose aziende. Dopo essere stato nel 2009 sub-commissario nella Regione Campania, è stato scelto a gennaio dall'ex ministro Fazio come direttore generale dell'Inrca di Ancona. Nelle Marche Zuccatelli è stato tra l'altro - prima di essere sub-commissario - direttore del Dipartimento servizi alla persona e alla comunità della Giunta e responsabile dell'integrazione socio-sanitaria dell'Asur.

#### IN BREVE

▼ **Toscana: target defibrillatori**  
Defibrillatori in ogni ambulanza che presta servizio nel sistema di emergenza-urgenza. È l'obiettivo che si è data la Sanità toscana, da raggiungere entro il 2012. Lo prevede una delibera di Giunta sull'acquisto di 273 defibrillatori semiautomatici e per la formazione dei volontari. Costo dell'operazione: 494mila euro.

▼ **Abruzzo: nuova Pet a Chieti**  
Presso l'ospedale di Chieti sarà possibile eseguire esami di tomografia a emissione di positroni, la cosiddetta Pet/Ct, di ultimissima generazione, che produce immagini del corpo in grado di rilevare situazioni non visibili nelle radiografie tradizionali o negli esami di medicina nucleare.

▼ **Lazio: "Carelink" a bilancio**  
A quattro anni dalla prima "trasmissione", sono 13mila i pazienti con defibrillatori impiantabili connessi con 200 ospedali grazie al sistema di telemonitoraggio remoto "Carelink network", per un totale di oltre 100mila trasmissioni. Il bilancio è del S. Filippo Neri, prima realtà italiana nel settore (mille pazienti).

▼ **Campania: patto sul welfare**  
Protocollo d'intesa Regione-Federsanità Anci. I temi: promozione del welfare, deospedalizzazione, sviluppo dei servizi territoriali, innovazione tecnologica, un rinnovato rapporto pubblico-privato. Via all'Osservatorio permanente sui servizi e le attività di integrazione socio-sanitaria e a progetti di Sanità elettronica.



LOMBARDIA/ Survey dell'Ateneo milanese sullo "shopping" delle aziende ospedaliere

# Dispositivi, scelte su misura

## Acquisti non centralizzati - Pesano il parere medico e i servizi accessori

Quando c'è da scegliere un pacemaker, un defibrillatore o uno stent, un'occhiata al prezzo le aziende sanitarie la danno sempre, la qualità del prodotto pesa dal 40 al 60% per le aziende ospedaliere pubbliche e dal 50 al 70% per i privati, ma è il servizio il vero valore aggiunto che alla fine pesa sulle scelte di acquisto.

Il dato emerge da una ricerca condotta in Lombardia da "ABC...Salute" e dal Dipartimento di scienze economiche, aziendali e statistiche dell'Università degli Studi di Milano, con il contributo dell'azienda biomedicale Boston Scientific, sotto la guida di Remo Arduini. Obiettivo del lavoro - presentato la settimana scorsa a Milano - indagare sui criteri che guidano gli ospedali negli acquisti, sul peso del parere medico e sulle variabili influenzano le scelte in un momento in cui l'orientamento, anche internazionale, sembra portare verso forme "centralizzate" di acquisto, con l'obiettivo primario di arrivare a una riduzione dei costi, ricordando che nel 2009 i dispositivi medici hanno comportato una spesa, a carico del Ssn di circa quattro miliardi di euro (il 4,7% della spesa sanitaria totale), a fronte di una media europea del 7 per cento.

Sotto la lente il caso Lombardia, Regione la cui centrale di committenza ha bandito tra il 2007 e il 2011 32 gare, di cui ben 18 riferite a beni e servizi sanitari, ma nessuna relativa a dispositivi medici cardiovascolari. Convinta

della peculiarità di questi ultimi la Regione ha deciso di lasciare ampia autonomia alle Ao in materia e non ha previsto finora alcuna forma di centralizzazione, tema caldissimo visti gli obiettivi di risparmio previsti dalla manovra estiva anche al capitolo dei device. La survey, focalizzata sui processi di acquisto, ha coinvolto in tutto 15 strutture lombarde: 11 aziende ospedaliere pubbliche e 4 Ircs privati.

Dalla radiografia emerge un primo aspetto che riguarda la gestione dei magazzini: solo il 50% delle strutture pubbliche e private intervistate ne hanno uno centralizzato. Andando più nel dettaglio del campione, 7 aziende pubbliche e 4 private hanno più magazzini in reparti diversi, 9 pubbliche e 4 private attuano politiche di acquisto "just in time". Opposto l'orientamento di strutture pubbliche e private sul ruolo della farmacia nell'acquisto dei dispositivi cardiocircolatori: la quasi totalità delle prime coinvolge la farmacia sia nell'acquisto che nella gestione, mentre le private non le riconoscono a questo comparto alcuna competenza. Sia nel settore pubblico che in quello privato emerge una propensione alla certificazione degli acquisti, messa in pratica al momento da 6 strutture pubbliche su 11 e da 3 private su 4.

Resta comunque il fatto che ovunque i medici pesano sui processi decisionali per l'acquisto di dispositivi salvavita. E proprio il coinvolgimento dei sanitari nella scelta contri-

buisce tra l'altro a rendere strategici i servizi, divenuti un capitolo sempre più significativo delle richieste "accessorie" che le Ao rivolgono ai fornitori: i servizi aggiuntivi come training-formazione, assistenza in sala durante gli impianti; assistenza tecnica; upgrade delle forniture; consegne entro le 24 ore - sottolinea lo studio - rappresentano non solo il valore aggiunto, ma l'elemento distintivo di molti fornitori. E c'è un elemento "tecnico" che merita la massima attenzione: il perfetto funzionamento dei dispositivi cardiovascolari (durante l'impianto, ma anche nel follow-up) è legato anche al grado di "manualità" elemento destinato a diventare discriminante nelle scelte delle aziende.

Proprio Boston Scientific ha avviato per prima nel settore biomedicale un programma di certificazione che riguarda la formazione e il livello di competenza dei propri Field clinical specialist (Fcs), gli ingegneri biomedici incaricati di programmare e monitorare i dispositivi cardiovascolari e che sono impegnati a fianco dell'équipe medica. Una logica che rientra in pieno nelle tesi da sempre sostenute da Assobiomedica in materia di acquisti che vedono la centralizzazione "acritica" come fattore di demotivazione, emarginazione delle imprese di piccole dimensioni e rischio di un aggravio dei costi legata anche al venir meno dei servizi postvendita e dell'assistenza tecnica.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I principali risultati

- Il magazzino centralizzato è presente solo nel 50% delle aziende ospedaliere, sia pubbliche che private
- Sia nelle Ao pubbliche che in quelle private i clinici e la direzione sanitaria svolgono un ruolo fondamentale per la definizione degli acquisti: in entrambe le tipologie di strutture è presente un tavolo tecnico con diverse professionalità
- La funzione acquisti è certificata in 6 Ao pubbliche su 11 e in 3 su 4 private
- Nove su 11 aziende ospedaliere pubbliche prevedono gare aziendali e on-line per oltre il 70% degli acquisti, mentre le Ao private procedono con trattative private
- Per tutte le aziende ospedaliere (pubbliche e private) la qualità pesa più del 50% nella scelta
- Nove su 11 aziende pubbliche effettuano un confronto con altre Ao lombarde non solo sul prezzo prima di procedere all'acquisto; le aziende private non effettuano nessun confronto
- Tutte le Ao chiedono servizi aggiuntivi (es. supporto clinico, conto deposito, assistenza in sala, fornitura materiali entro 24 ore eccetera): 8 su 11 Ao pubbliche e 2 su 4 Ao private chiedono lo scorporo del prezzo del servizio
- Nelle aziende pubbliche il valore dei servizi incide per il 33%, il valore del prodotto per il 67% (35 e 65% valori riferiti al privato)
- Il conto deposito, l'assistenza e l'upgrade di fornitura sono i servizi maggiormente apprezzati
- Le verifiche di conformità vengono effettuate da quasi tutte le aziende ospedaliere pubbliche (10 su 11) e dal 50% di quelle private (2 su 4)

### LOMBARDIA/ 2

## Welfare sotto tutela nelle linee d'azione 2012

Largo al territorio, maggiori risorse a ricerca e cronicità e razionalizzazione dei costi affidata, tra l'altro, a gare-acquisti in forma aggregata per ridurre i costi. È il programma contenuto nelle regole per il Ssr 2012, varate dalla Giunta regionale con l'intenzione dichiarata di non penalizzare ma piuttosto di valorizzare il sistema socio-sanitario ma piuttosto.

**Nuove esenzioni per il ticket.** Viene confermata anche per l'anno prossimo l'esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (esami e visite) per le persone in cassa integrazione straordinaria e per i loro familiari a carico (oltre che per i disoccupati e i lavoratori in mobilità). In più, viene estesa l'esenzione dal pagamento del ticket sui farmaci anche ai familiari a carico dei titolari di pensione sociale (che sono già esenti dal paga-

mento del ticket su esami e visite).

**Visite specialistiche dal medico di base.** Il 2012 sarà l'anno dell'introduzione in via sperimentale di un nuovo servizio di visite specialistiche negli studi dei medici di famiglia. Verranno finanziati con cinque milioni di euro i progetti delle Asl che prevedano la presenza di medici specialisti, in grado di effettuare visite ed esami, presso gli studi associati dei Mmg. Evidente il vantaggio per i cittadini, che potranno evitare di andare in ospedale o nei poliambulatori per queste prestazioni.

**Cronicità.** Questo particolare intervento è legato al più ampio progetto dei Creg (Cronic related group) per la cura dei pazienti cronici, avviato lo scorso anno in via sperimentale in 5 Asl della Lombardia (Milano, Milano 2, Bergamo, Como, Lecco) e che prose-

guirà nel 2012. Attraverso una quota di risorse stabilita in anticipo, devono essere garantiti con continuità ai pazienti tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, cure a domicilio) necessari per una buona gestione della patologia cronica. Le patologie individuate per la sperimentazione sono: bronco pneumopatie cronico ostruttive, scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari. Sono circa 126.000 i pazienti sotto osservazione con questa modalità.

**Sub acuti, riabilitazione e specializzandi.** Proseguirà anche nel 2012 il percorso già avviato quest'anno di realizzazione di specifiche strutture per la cura di pazienti sub acuti. Sono già stati attivati 880 letti. Per quanto riguarda la

riabilitazione, una tariffa di rimborso maggiorata verrà riconosciuta a quelle strutture che si occuperanno del trasporto dei pazienti da casa per le terapie. In pratica, se una struttura si occuperà di andare a prendere e poi riportare a casa il paziente che deve fare un trattamento riabilitativo, otterrà una quota di rimborso in più. Sarà dunque la Regione di fatto a coprire le spese di trasporto. Anche in questo caso è evidente il beneficio per i cittadini. Cinque milioni verranno inoltre investiti per borse di studio riservate ai medici specializzandi.

**Razionalizzazione.** Sul fronte della razionalizzazione delle risorse e degli interventi necessari a mantenere l'equilibrio economico-finanziario del sistema, in un momento difficile per i bilanci pubblici, la Regione ha deciso di attivare alcuni interventi che vanno nel-

la direzione di una maggiore appropriatezza ed efficacia. Innanzitutto ci sarà l'obbligo di effettuare gare per la fornitura dei servizi in forma aggregata tra più strutture o attraverso la centrale regionale acquisti per ottenere risparmi sui costi. Verranno ridotte del 10% le Uo semplici e complesse. In pratica si ridurrà il numero dei reparti ma non verrà toccato il livello di assistenza. Alcune prestazioni (come gli interventi di cataratta e tunnel carpale) diventano "attività ambulatoriale" per cui sarà dovuto il pagamento del ticket.

**Politiche sociali.** L'Adi, sperimentata nel 2011, verrà estesa a tutte le Asl e a tutti i distretti. Viene dato un ruolo centrale agli interventi di conciliazione famiglia-lavoro, attraverso la progressiva attuazione del Libro Bianco e la piena realizzazione dei piani territoriali già sottoscritti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 17

ANGOLO DI PENNA

- sicurezza: riduzione di eventi sentinella e incidenti mancati (near miss);
- esperienze degli utenti: qualità percepita, collaborazione alla pianificazione dei servizi, self-care;
- equità e accessibilità a servizi e prestazioni sanitarie;
- efficienza e produttività.

Se è innegabile che straordinarie capacità genetiche e di adattamento permettono agli italiani di recuperare il tempo perduto, leggendo e rileggendo la lista e confrontandola con i 34 indicatori, emergono alcune criticità che rendono poco verosimile la messa a punto in tempi brevi di un sistema di valutazione delle performance allineato ai sistemi sanitari più avanzati:

- gli indicatori di processo e di esito sono condizionati da quelli di struttura, specifici di ciascuna azienda sanitaria, secondo i "requi-

siti minimi" di accreditamento definiti a livello regionale che risultano estremamente eterogenei;

- in Italia siamo ben lontani dalla definizione di criteri di accreditamento professionale, previa definizione degli standard di competenza: manca infatti ancora un approccio di sistema che, accanto a Regioni e società scientifiche, dovrebbe coinvolgere scuole di specializzazione, organismi centrali, ordini e collegi professionali e sindacati, idealmente coordinati da un'organizzazione indipendente. Senza citare l'assenza nel nostro Paese di un meccanismo di revalidation dell'abilitazione all'esercizio professionale quale elemento di verifica periodica inscindibile dall'accREDITAMENTO;
- i sistemi informativi aziendali sono ancora "immaturi" per una valutazione multidimensionale delle performance sanitarie: se infatti

permettono di ricavare in maniera affidabile indicatori di produttività, di appropriatezza organizzativa e di accessibilità, restituiscono solo alcuni indicatori di esito in grado di misurare efficacia ed efficienza (la cui affidabilità è condizionata dalle codifiche opportuniste nelle schede di dimissione ospedaliera) e sono ancora largamente inadeguati su indicatori di rischio clinico, di appropriatezza professionale e di esperienze degli utenti;

- la tempestività nell'invio dei flussi informativi è estremamente eterogenea: è inaccettabile che i cittadini della Toscana nel luglio 2011 abbiano a disposizione le performance sanitarie relative al 2010 e che, a oggi, quelle nazionali siano invece relative al 2007-2008 perché alcune Regioni inviano i dati al ministero con enormi ritardi.

Nel pieno rispetto delle autonomie regionali, è indiscutibile che gli organismi centrali

(ministero della Salute, Agenas) devono predisporre un sistema di valutazione delle performance sanitarie condiviso con le autonomie regionali, ma unico.

Altrimenti, accanto a 21 eterogenei sistemi di accreditamento delle strutture sanitarie, altrettanti sistemi di valutazione delle performance finiranno per generare improporzionabili confronti tra disuguaglianze regionali, grande confusione dei cittadini e, soprattutto, ulteriore perdita di fiducia e di credibilità nei confronti del sistema sanitario pubblico.

Se, invece, riteniamo che il federalismo sanitario debba necessariamente tradursi in disuguaglianze nell'offerta, nei processi e negli esiti di salute... siamo sicuramente sulla buona strada!

\* Presidente Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA