

Stiamo per avviare un progetto di ricerca su farmaci e gravidanza. Una sorta di grande "review" scientifica che metta in linea le attuali conoscenze sulle possibili interazioni farmacologiche, per rivedere le informazioni e le avvertenze



cendo tesoro delle risorse a noi attribuite creando dei veri "incubatori" di opportunità e intelligenze.

Cioè?

Mi consenta di spiegarmi con un esempio reale, frutto dell'esperienza maturata nel mio mondo universitario a Brescia. L'esempio è quello del Csmt bresciano (Centro servizi multisettoriale e tecnologico) nato per mettere in rete il tessuto industriale del territorio con i saperi dell'università. Con azionariato pubblico (60%) e privato (40%), il Csmt è un polo di sviluppo di progetti finalizzati di innovazione che coinvolge diversi dottorati di ricerca, anche nel campo biomedicale, consentendo di maturare percorsi di ricerca e sviluppo in sintonia con le esigenze del mercato ma con indirizzi e controllo sociale e quindi con partnership virtuose capaci di orientare le finalità ultime di ciò che si andrà a realizzare. Ecco, un modello del genere è quello che pensiamo possa sposarsi naturalmente con le finalità dei fondi di ricerca Aifa, creando opportunità vere per ricercatori e aziende con la finalità primaria della sicurezza e dell'appropriatezza terapeutica dei farmaci. A partire dai generici e dai biosimilari, per i quali è diventato fondamentale analizzare la chimica analitica del prodotto, le percentuali di principio attivo e di eccipienti. Insomma tutti gli elementi utili a garantire la sicurezza del paziente ma anche in grado di fornire nozioni e prassi alle aziende per produrre il meglio. Le posso anticipare che su questa linea stiamo per avviare un progetto di ricerca su far-

maci e gravidanza. Una sorta di grande review scientifica che metta in linea le attuali conoscenze sulle possibili interazioni farmacologiche, al fine di rivedere le informazioni e le avvertenze limitanti che oggi appaiono ormai obsolete, poco mirate e poco verificate, con il risultato di precludere fortemente l'accesso ai farmaci, anche in casi importanti, alle donne in stato di gravidanza. Ecco vogliamo vederci

Siamo alla vigilia di una rivoluzione che comporterà inevitabilmente una revisione degli attuali schemi di sperimentazione clinica e quindi dell'intero processo autorizzativo

chiaro, senza abdicare di un millimetro dalla linea della sicurezza ma fornendo alle aziende e ai medici indicazioni più precise e circostanziate sui rischi effettivi e reali.

Cambiamo argomento. Come decano della ginecologia italiana non posso non chiederle un parere su quanto si sta muovendo nella sua categoria. Il ginecologo come medico della donna a tutto tondo. Sembra questo l'obiettivo delle più importanti associazioni, dall'Aogoi alla Sigo. Che ne pensa?

Mi sembra una meta del tutto condivisibile. Oggi la salute della donna merita un'attenzione globale, dalla sperimentazione clinica alla medicina di genere

quale discriminante nella formazione universitaria. Perché un farmaco viene sperimentato prevalentemente sugli uomini? Perché l'università non assume l'impegno di una formazione medica che si occupi trasversalmente del gender? Sono questioni non più rinviabili, perché uomini e donne non sono uguali nella malattia e nella risposta alle terapie. Questo è assodato. In questo quadro il fatto che il ginecologo si ponga l'obiettivo di diventare una sorta di tutor per la tutela della salute femminile in tutte le fasi della vita è quindi ovvio. Il punto è come arrivarci.

La sua ricetta?

Penso che l'unica strada, anche se complessa e forse generatrice, almeno all'inizio, di anticorpi professionali, sia quella di valorizzare e riconoscere le sub specialità ginecologiche individuando, contemporaneamente, una nuova figura di ginecologo generalista che sia di riferimento e di indirizzo per la donna. Una figura nuova che sappia lavorare in squadra con i colleghi sub-specialisti, monitorando caso per caso le opzioni migliori per affrontare le diverse esigenze della sua assistita. L'attuale complessità dell'approccio ginecologico non consente più di pensare a una figura unica e onnisciente in grado di spaziare dall'ostetricia all'oncologia. Del resto se sua moglie è in procinto di partorire, lei quale ginecologo preferirebbe, quello che ha al suo attivo migliaia di parti o quello che in primo

luogo si occupa di altre problematiche medico-assistenziali?

Ultima questione. La RU 486. Adesso che la storia si avvia a conclusione, pur nel perdurare di polemiche sulla via ideale di somministrazione del farmaco abortivo, come giudica l'operato dell'Aifa, anch'esso oggetto di forti polemiche?

L'Aifa ha concluso il suo compito con la delibera pubblicata in Gazzetta nel dicembre scorso. Una delibera seria e rigorosa frutto di un lavoro complesso, sempre in linea con il nostro mandato, e svolto in assoluta libertà. Lontano, mi creda, da qualsiasi condizionamento. Una delibera assunta in scienza e coscienza con profondo rispetto della irrinunciabile responsabilità del medico nei confronti della sua assistita.

Penso che su questi temi sarebbe bene per tutti attenersi a tale principio, ricordando sempre che, alla fine, le ricadute delle nostre decisioni vanno a incidere su quel rapporto fiduciario e irrinunciabile che lega, e guai se così non fosse, il medico al suo paziente. **Y**

La rivista dell'Agenas dedica un volume

L'attività o

I ricercatori dell'Agenas hanno messo a punto un indicatore complesso a tre dimensioni: costi, posti letto e tasso di ospedalizzazione. Si chiama Uao, ovvero Unità di Attività Ospedaliera. Uno strumento interessante che potrebbe consentire una valutazione più puntuale del "lavoro" svolto dalle strutture ospedaliere e anche rivelarsi utile per misurare i finanziamenti. Ma il nuovo numero de I Quaderni di Monitor contiene anche molte "fotografie" della situazione attuale, premessa indispensabile per qualsiasi intervento



di Eva Antoniotti

Oltre 200 pagine dedicate interamente all'analisi dell'attività ospedaliera, vista sotto diversi punti di vista: intramoenia e ricoveri inappropriati, mobilità intra e extra regionale, soddisfazione dei cittadini.

Il volume monografico pubblicato da Agenas e dedicato a "L'attività ospedaliera: dati e riflessioni" è una fonte di stimoli e riflessioni per tutti coloro che vogliono conoscere meglio la realtà delle strutture di ricovero nel nostro Paese, siano politici, dirigenti amministrativi, rappresentanti sindacali o operatori.

L'Unità di Attività Ospedaliera

L'attività ospedaliera si misura comunemente attraverso due elementi: il numero di posti letto e il tasso di ospedalizzazione. È chiaro a tutti però che nessuno dei due dà un'esatta misura dell'attività realmente svolta: quel posto

letto è stato occupato? E, se sì, è stato per una colicectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare senza complicanze (DRG 494, valore tariffario 44 euro) o per un trapianto di fegato (DRG 480, valore tariffario 2.836 euro)? Attraverso un complesso procedimento che parte dalla tariffazione dei Drg, quindi da un dato economico, e dal confronto tra diverse realtà regionali, i ricercatori Agenas individuano la Uao, ovvero l'Unità di Attività ospedaliera, successivamente standardizzata per età, per rendere confrontabile la situazione tra Regioni con diversa composizione della popolazione. I risultati non sono scontati. Valutando le diverse Regioni attraverso le Uao, anziché sulla base dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri acuti ordinari, si scopre ad esempio che Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna, che hanno tassi di ospedalizzazione inferiori alla media, hanno invece tassi di Uao leggermente superiori,

monografico all'analisi dell'attività ospedaliera

spedaliera in 3D

mentre Campania, Puglia e Calabria si accostano alla media nazionale per Uao, assai più che non valutando il tasso di ospedalizzazione, e la Sardegna con questo nuovo parametro scende molto al di sotto della media nazionale.

Una mappa della rete ospedaliera italiana

Si discute molto di ristrutturazione della rete ospedaliera e di chiusura dei piccoli ospedali. Ma qual è la situazione attuale? Che mole di lavoro svolgono in Italia i piccoli ospedali? E come si ripartisce la casistica tra piccoli e grandi, tra pubblici e privati? Oggi il 79% dei ricoveri avviene in strutture pubbliche, mentre il restante 21% è effettuato in strutture private. Di questi ospedali quasi il 60% sono grandi. Sul totale delle strutture quindi si ha un 55% di grandi ospedali pubblici, un 24% di ospedali pubblici piccoli, un 4,8% di strutture private grandi e un 16,2% di strutture private piccole. Per struttura "grande" si intende quella che effettua oltre 10.000 ricoveri l'anno, numero

sotto al quale si parla di strutture "piccole", ovvero al di sotto dei 200 posti letto.

Non sorprende, ma è comunque utile, scoprire che la PA di Trento, la Calabria, la PA di Bolzano e l'Abruzzo hanno la maggiore frequenza di ricoveri in piccole strutture ospedaliere, che nell'ultima di queste realtà regionali sono inoltre prevalentemente private. Né stupisce la rilevazione che i ricoveri nelle grandi strutture ospedaliere private siano concentrati soprattutto nel Lazio e in Lombardia.

Venendo alla tipologia dei ricoveri, ancora un dato facile da ipotizzare: gli ospedali monospécialistici sono prevalentemente privati, mentre quelli generalisti sono in gran parte pubblici. Più interessante l'analisi per specialità: prevalentemente privati e di piccole dimensioni gli ospedali che erogano DRG psichiatrici; piccoli e privati in prevalenza anche quelli che garantiscono lungodegenza e riabilitazione; privati ma di grandi dimensioni gli ospedali monospécialistici di oncologia, cardiocirurgia, neurochirurgia e dermatologia. Gli ospedali di ostetricia si affollano tutti al centro della rappresentazione grafica e questo significa che ce ne sono di medie dimensioni, né troppo grandi né troppo piccoli, sia che si tratti di pubblico o di privato (v. figura 1).

Si può definire quanto costa un ricovero?

Non è facile definire il costo di una prestazione ospedaliera. Infatti, al di là delle spese dirette, relativamente facili da calcolare, la spesa maggiore è determinata dal personale, difficile da ripartire e ricondurre alla singola prestazione (v. tabella 1).

Lo studio evidenzia come vi sia una corrispondenza biunivoca tra alcune voci: se la Lombardia ha una spesa per il personale (38,96%) inferiore alla media nazionale, ha però una spesa per l'acquisto dei servizi superiore (37,72%); per contro la Toscana ha una spesa per l'acquisto dei servizi ridotta (23,35%), ma una maggiore spesa per il personale (46,69%). E ancora più estremo è il caso della PA di Bolzano, dove la spesa per il personale copre il 53,69% del totale, mentre l'acquisto di servizi scende al 22,72%.

Per tentare di quantificare il costo di ricovero si ricorre allora alle Uao, il cui costo medio è valutato per il 2005-2006 in 4.047 euro. Ma in Calabria una Uao è costata in realtà 5.103 euro, mentre in Liguria il suo costo scende a 3.052 euro (v. tabella 2).

Quando paga il cittadino

Se è consueto parlare di spesa out of pocket, sia come ticket che come spesa assolutamente a carico del cittadino, per la farmaceutica, per la specialistica

ambulatoriale e per la diagnostica, meno frequente è utilizzare questa categoria per i ricoveri. Eppure ogni anno ci sono in Italia circa 300mila ricoveri "a pagamento", dei quali 140mila totalmente privati ovvero "solventi", 50mila in intramoenia, 90mila limitati alla differenza alberghiera e infine circa 15mila causati dal sistema a rimborso, attivo in sole quattro Regioni. Certo, in rapporto ai 13 milioni di ricoveri complessivi, non si tratta di grandi numeri tuttavia è interessante capire come si articola questa realtà.

Le strutture private erogano la maggior parte di questo tipo di ricoveri, circa il 70%, ma con notevolissime differenze tra le Regioni: solo il 12% dei ricoveri a pagamento effettuati in Liguria avviene in strutture private, mentre in Puglia la percentuale sale al 96%.

Le patologie maggiormente coinvolte nel fenomeno sono le malattie del sistema muscolo scheletrico (categoria 8 dell'acorpamento dei DRG), seguite da gravidanza e parto (categoria 14), malattie dell'apparato digerente (categoria 6) e malattie dell'apparato cardiocircola-

torio (categoria 5). Considerando però soltanto i ricoveri in libera professione intramoenia primo e secondo posto si scambiano ed in testa troviamo gravidanza e parto, mentre al quarto posto si collocano i ricoveri per malattie dell'apparato riproduttivo femminile (categoria 13).

Valutazioni conclusive

Dopo tante analisi, di cui abbiamo riferito solo in minima parte, il gruppo dei ricercatori Remolet stende alcune pagine conclusive, come richiamo alla politica a "ridefinire organicamente una politica dell'assistenza ospedaliera", che superi gli interventi recenti "frequentemente nati da specifiche emergenze e non da provvedimenti sistematici". Tra le priorità indicate al primo posto stanno la formazione e l'aggiornamento degli operatori, subito seguiti da una revisione di strutture e attrezzature, che oggi sono in alcuni casi carenti e in altri eccessive. Nello studio un approfondimento viene compiuto ad esempio riguardo alla disponibilità di po-

► Segue a pagina 8

FIGURA 1 - Rappresentazione dei presidi ricoveri classificati in funzione della tipologia del loro case mix con indicazione degli Ospedali monospécialistici individuati per l'alta percentuale di ricoveri di un solo settore specifico (anno 2006)

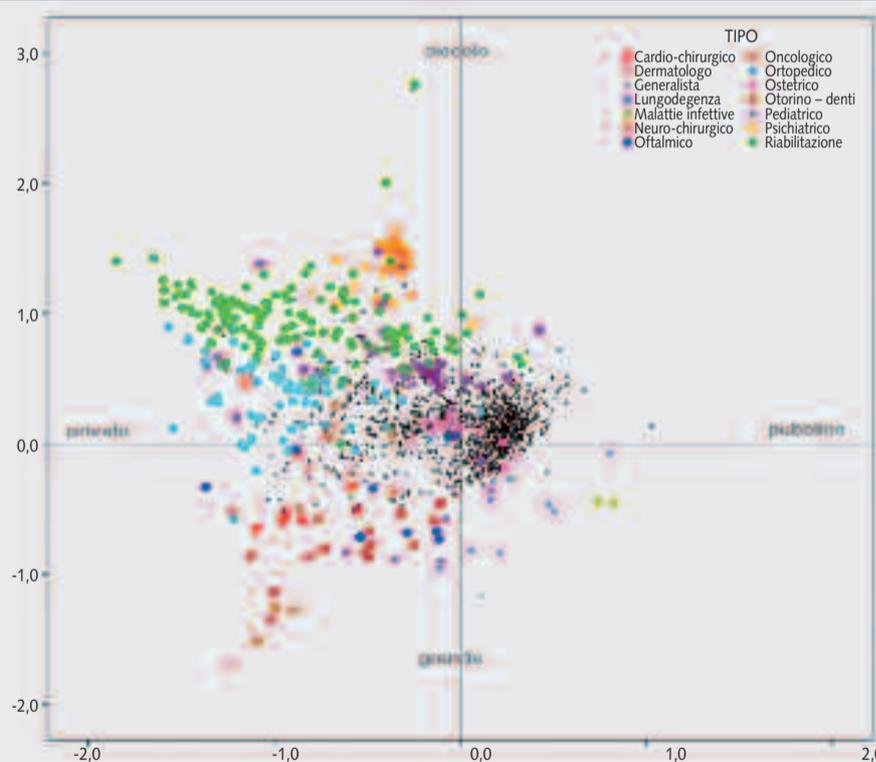


TABELLA 1 - Costi per fattore produttivo (2007)

Descrizione Regione	beni	personale	altri costi	acquisto servizi
PIEMONTE	17,92%	44,58%	9,16%	28,34%
VALLE D'AOSTA	13,09%	42,42%	8,91%	35,58%
LOMBARDIA	13,48%	38,96%	9,85%	37,72%
BOLZANO	13,54%	53,69%	10,04%	22,72%
TRENTO	13,41%	44,93%	6,52%	35,14%
VENETO	15,17%	42,01%	12,79%	30,02%
FRIULI V.G.	18,16%	49,46%	11,99%	20,39%
LIGURIA	14,55%	44,93%	10,69%	29,83%
EMILIA R.	16,96%	46,88%	11,48%	24,68%
TOSCANA	19,11%	46,69%	10,85%	23,35%
UMBRIA	20,83%	49,06%	11,76%	18,34%
MARCHE	19,00%	47,11%	10,39%	23,49%
ABRUZZO	16,40%	44,98%	13,36%	25,26%
MOLISE	18,39%	44,04%	11,27%	26,30%
CAMPANIA	10,98%	43,68%	11,88%	33,46%
PUGLIA	12,54%	38,80%	9,57%	39,09%
BASILICATA	17,13%	49,67%	11,52%	21,68%
SICILIA	12,78%	45,69%	10,25%	31,28%
SARDEGNA	18,28%	49,47%	8,80%	23,45%
ITALIA	14,97%	43,89%	10,68%	30,46%

La fonte: Remolet

Gran parte dei dati analizzati nel volume provengono da Remolet, ovvero dalla Rete di Monitoraggio dei Lea Tempestiva creata da Agenas in accordo con molte Regioni (restano fuori, per ora, la PA di Bolzano, la Liguria, la Calabria, la Sardegna, il Molise e la Calabria). Remolet è un sistema di raccolta dati "leggero", con minori vincoli di ufficialità, e che permette di avere più rapidamente elementi su cui sviluppare analisi e fornire quindi ai decisori politici le basi per interventi più rapidi e, dunque, più efficaci. Considerando i tempi di elaborazione dei dati, che sono comunque lunghi, si riesce insomma ad essere più veloci. Al lavoro di Remolet partecipano "alla pari", come viene sottolineato nella scheda di presentazione, i ricercatori dell'Agenas, coordinati da Cesare Cislighi, e i tecnici delle diverse Regioni, che concordano obiettivi, temi e metodologie di lavoro.

Intervista al direttore dell'Agenas Fulvio Moirano

Appropriatezza e costi standard: la doppia sfida

Dottor Moirano, Agenas ha appena pubblicato un numero monografico della sua rivista dedicato interamente alla misurazione dell'attività ospedaliera. Perché questo grande impegno? Non bastava il rapporto annuale del ministero sulle Sdo?

I dati sulle Sdo affluiscono dalle Regioni al ministero in maniera ufficiale, perché hanno anche un valore legale ed economico. Questo fa sì che i tempi siano piuttosto lunghi, tanto che oggi sono pubblici i dati relativi al 2007. Per avere uno strumento più agile l'Agenas ha avviato lo studio Remolet, condotto dalla struttura del professor Cislighi: attraverso un accordo con le Regioni e una griglia rivolta a specifiche problematiche otteniamo una valutazione più tempestiva che consente di intervenire in tempi rapidi.

E perché avete deciso di realizzare questo studio proprio sull'ospedale, visto che si dice sempre che bisogna spostare risorse e attenzione verso il territorio?

Il Nsis sta acquisendo molti elementi anche sul versante territoriale, dove però i dati sono me-

La definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Meglio puntare al riparto di quote capitarie standardizzate. Dietro tante inapproprietezze c'è la mancanza di alternative al ricovero



no "forti" e meno storici. Probabilmente sul territorio bisognerà fare qualche rilevazione ad hoc, che è molto più costosa, perché in assenza di una possibilità di confronto il rischio di prendere per buoni dei dati che non lo sono è molto alto.

Nella sua introduzione al volume lei parla della problematica dei costi standard. A che punto è questa valutazione?

Sulla questione dei costi standard si è sviluppata una retorica piuttosto forte. Noi pensiamo che sia molto difficile definire il fabbisogno di risorse attraverso la somma dei costi standard di ogni singola prestazione: nell'ospedale forse ci si potrebbe andar vicini, ma sul territorio, come dicevo prima, è molto più complicato.

E poi la definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Il costo standard di produzione, infatti, è quello che la realtà operativa dimostra essere necessario per la produzione di un bene o di un servizio. Questi costi standard però sono fortemente condizionati dai volumi e questo non sempre è un bene. Per fare un esempio: se una struttura produce molte risonanze ha un costo di produzione più basso per singola prestazione, ma questo non ci dice se si tratta di esami appropriati o meno.

E sui volumi incidono anche fattori "irriducibili", come ad esempio le dimensioni o la conformazione territoriale. Una Regione come la Lombardia, che ha 9 milioni di abitanti, ha in media costi di produzione più bassi del Molise, che ha 300mila abitanti. Ma questo è "fisiologico", almeno in parte.

Quello che invece si può fare, e su cui stiamo lavorando, è ripartire il Fondo che il Parlamento decide di assegnare al Ssn attraverso quote capitarie standardizzate.

Quindi l'Agenas sta mettendo a punto nuovi criteri per il riparto del Fondo sanitario?

Non è un nostro specifico compito, ma peraltro per il 2011-2012 la Conferenza dei presidenti regionali ci ha chiesto di individuare dei criteri per la determinazione del fabbisogno di finanziamento. In collaborazione con esperti del settore, stiamo facendo intanto uno studio su quello che viene fatto nei Paesi che hanno un sistema sanitario simile al nostro, per individuare le variabili da inserire nella "pesatura" della quota capitaria.

Attualmente la quota capitaria assegnata a ciascuna Regione per ogni singolo cittadino viene corretta, soltanto per metà della parte di spesa ospedaliera, con il criterio dell'età. È chiaro che, pesando solo per metà, non si tratta di un vero criterio, ma solo di un correttivo, di una revi-

sione "a matita". Oggi, ad esempio, la Campania, che ha circa 6 milioni di abitanti, prende fondi corrispondenti a poco più di 5 milioni di persone, perché i suoi abitanti sono in media più giovani di quelli di altre Regioni. E la stessa situazione vale per quasi tutte le Regioni del Sud, che infatti insistono da tempo perché vengano inseriti anche criteri legati al livello di reddito, al livello di istruzione e a tutti gli elementi che inducono un maggiore consumo sanitario. E che cercheremo di inserire in un sistema di criteri più preciso. **Tornando al volume che avete pubblicato. L'analisi dei dati è in questo caso quantitativa, anche se è chiaro ormai a tutti che sarebbe necessario avere analisi qualitative, per migliorare le prestazioni e intervenire sulle cosiddette inapproprietezze. Avete in cantiere qualcosa in questa direzione?**

Stiamo preparando, insieme a Carlo Perucci che è tra i maggiori esperti in materia, in cooperazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con alcune Regioni, uno studio sulla valutazione di esito, che in una prima fase riguarderà 8 Regioni.

Ma già in questo volume c'è qualcosa riguardo all'appropriatezza, in particolare riguardo ai 43 DRG indicati dai Lea attuali come "ad alto rischio di inapproprietezza in regime di ricovero ordinario", che nei nuovi Lea dovrebbero diventare 107.

Anche in questo caso però bisogna leggere bene i dati. Nelle Regioni del Sud, dove ci sono molti ricoveri inappropriati in area medica, ciò avviene spesso per mancanza di alternative. In mancanza di Adi, Rsa, strutture di lungodegenza o riabilitazione negare il ricovero "inappropriato" rischia di creare situazioni sociali esplosive. **Y**

► Segue da pagina 7

sti letto, parametro che i recenti accordi tra Stato e Regioni hanno a più riprese chiesto di ridurre per ottenere maggiore e efficienza minori sprechi. Mettendo a confronto i posti letto disponibili e quelli effettivamente utilizzati si mostra che effettivamente è possibile pensare ad una ulteriore riduzione, sia pure con notevoli differenze tra le diverse Regioni (v. figura 2).

Grande spazio viene assegnato alla necessità di migliorare l'accoglienza dei malati, intesa come capacità di reale presa in carico, all'interno della quale viene collocata anche la problematica delle liste d'attesa, "componente fisiologica dei sistemi di eccellenza", che risulta però inaccettabile quando si pensa che sia dovuta più ad un atteggiamento degli operatori che a limiti oggettivi.

e gruppi sociali, sebbene si enfatizzi più spesso la mancanza di equità orizzontale, ovvero tra diversi territori. Per superare questa mancanza di equità, che si realizza non tanto nell'accesso quanto nell'efficacia dei trattamenti, si suggerisce di valutare in ogni presidio la possibile presenza di processi di discriminazione in base all'età, al genere, all'istruzione, al reddito o all'area di nascita. Nel ridisegnare la rete ospedaliera l'invito è da una parte a valorizzare le eccellenze, "non è più il tempo in cui tutti possono fare bene tutto", dall'altra ad affrontare il nodo irrisolto dell'integrazione con il territorio. Infine, un richiamo a dare maggiore spazio alla valutazione, per poter misurare il grado di efficienza clinica, tecnica ed economica delle strutture. Con un suggerimento: "studiare un sistema di remunerazione che superi l'attuale pagamento della singola prestazione o del singolo ricovero e metta invece l'accento sull'intero percorso assistenziale". **Y**

TABELLA 2 - Distribuzione per Regione costo medio UAO

Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005	Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005
Piemonte	4.357	4.428	Lazio	4.015	3.486
Lombardia	3.998	3.744	Campania	4.610	4.649
Veneto	4.166	3.776	Puglia	4.214	3.764
Liguria	3.035	3.068	Basilicata	4.216	4.065
Emilia	3.703	3.648	Calabria	5.275	4.931
Toscana	4.452	4.241	Sicilia	4.370	4.430
Umbria	4.509	4.147	Sardegna	3.113	3.134
Marche	3.826	3.749	Ita	4.130	3.963

FIGURA 2 - Differenza in % tra il numero di posti letto effettivi e PLU in ostetricia e ginecologia, anno 2006

