

ASSISTENZA IN ITALIA. ACCESSIBILITÀ ALLE CURE

Giovedì 27 agosto 2009, ore: 15.00 **Sala Tiglio A6**

Partecipano: **Giulio Boscagli**, Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia; **Sandro De Poli**, Presidente GE Healthcare Italia; **Ornella Fouillouze**, Amministratore Delegato Sysline; **Mariuccia Rossini**, Presidente Gruppo Segesta. Introduce **Francesco Bombelli**, Presidente HCM.

FRANCESCO BOMBELLI:

Grazie per poter fare in un'ora un pezzo di Meeting insieme! Quest'anno credo che sia memorabile l'affluenza e credo che sia un bel segnale. Ed è un segnale che vogliamo portarci a casa. Un saluto e un grazie a tutti i ragazzi che tutti i giorni qui hanno fatto un lavoro grandioso. Il tema dell'assistenza è un'opportunità, ed è un tema importante perché girando in questi giorni in tutti gli incontri che hanno trattato l'argomento più centrale di impianto, che è il sistema salute, in tutti questi incontri non è mai mancato lo spazio per quando si parlava, si discuteva sul tema dell'assistenza. Perché? Per due motivi belli ma pesanti Per chi ha il compito di pensare per i prossimi 10 anni. Il primo motivo è che viviamo tutti più a lungo, e questa è una bellissima cosa, per altro non ci sono motivi che ci facciano pensare che questa tendenza si inverta; l'altro è che la sanità, andando giorno dopo giorno verso l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza, scopre e si scopre con nuovi bisogni di assistenza e quindi si trova nella necessità di costruire nuovi modelli di assistenza e di cura che siano intermedi tra quello che c'è già. E da qui partiamo a fare il nostro pezzettino di Meeting. Con chi lo facciamo? Lo facciamo con l'assessore Giulio Boscagli, che è l'assessore alla famiglia della Regione Lombardia, poi con la dott.ssa Mariuccia Rossini, che è una persona che partendo da sé oggi guida un'impresa che gestisce più di 300 posti letto di Rsa, con Sandro De Poli, che è presidente d'Italia di Generale Elettrica, al quale chiedo di portarci qualche respiro degli Stati Uniti, visto che stiamo ascoltando quello che succederà da quella parte sulla sanità, e con Ornella Fouillouze, amministratore delegato di Sysline. La presentazione è necessaria perché oggi quando si parla di sanità e assistenza chi sono gli interlocutori? Ci sono i professionisti, c'è la politica, ci sono gli imprenditori, c'è la tecnologia e c'è l'informatica, e questo è un dato di realtà da cui bisogna partire sempre per fare qualsiasi tipo di pensiero. La parola all'assessore Giulio Boscagli.

GIULIO BOSCAGLI:

Buongiorno a tutti. Io faccio l'assessore alla famiglia e alla solidarietà sociale della Lombardia da poco più di un anno ed essendo entrato grazie a questo ruolo dentro a un problema che conoscevo solamente in parte, sono stato nell'amministrazione della mia città per tanti anni, mi sono posto un compito, cioè quello di sollevare il più possibile nei luoghi in cui mi capita e in particolare nei confronti dell'opinione pubblica, quello che, in una recente intervista che ho rilasciato al *Corriere*, è stato chiamato come una bomba demografica al rovescio. Io sono infatti convinto che nel nostro paese, ma potremmo dire forse in Europa, ma insomma siamo a noi, che nel nostro paese non si abbia sufficiente percezione dello squilibrio demografico che di anno in anno si sta costruendo, dovuto a una scarsissima natalità e ad un invecchiamento consistente della popolazione. E' ben vero che questo invecchiamento si accompagna ad una condizione di salute generalmente buona per molti anni e consente di vivere bene anche in età avanzata, ma la quota degli anziani non autosufficienti, totali o comunque che hanno bisogno di cure e di assistenza, è un problema serio che abbiamo davanti e che inevitabilmente e nelle condizioni anche di

finanza pubblica nelle quali versa il nostro paese, dove non ci fanno prevedere nell'immediatezza la possibilità di investire in risorse fresche e nuove nel settore, deve vedere un riequilibrio parziale evidentemente tra le risorse che investiamo sulla fase acuta della vita, quindi sulla sanità e le risorse che investiamo sulla cronicità. Noi in Lombardia, guardando la realtà in cui mi sono trovato e che ho contribuito poi a sviluppare in questo anno, abbiamo affrontato questo problema con una rete molto articolata e ricca di posizioni dentro le Rsa, residenze socio-sanitarie. Abbiamo avuto 55.000 posti, abbiamo recentemente parzialmente riaperto gli accrediti, per raggiungere quello che ci siamo dati come obiettivo, cioè la possibilità di ricoverare in queste residenze il 7% degli anziani con più di 75 anni. Questo è l'obiettivo che il Consiglio regionale della Lombardia si è dato ma è un punto di arrivo e poi insieme a questo abbiamo il settore dell'assistenza domiciliare, che è una realtà molto variegata, nella quale intervengono diversi soggetti, tra l'altro c'è un gioco anche tra noi regione e i comuni, comunque questa è la risposta che stiamo cercando di dare a questo problema. Ma il dato che è sotto gli occhi di tutti è che questo 7% che ci siamo dati come obiettivo, non può essere difeso, perché difenderlo vorrebbe dire incrementare i posti letto di una percentuale, adesso non ricordo, mi sembra 2.400/2.500 ogni anno, il che francamente è impensabile dal punto di vista delle risorse. Quindi, se questa è la situazione, bisogna inventare, pensare, studiare delle modalità diverse di affrontare il problema. Noi in questo momento stiamo ragionando, stiamo cercando di affrontare il tema anche prevedendo la possibilità di coprire, con un costo totalmente a carico del sistema pubblico, quella fascia di tempo che per la persona anziana intercorre tra la dimissione dall'ospedale e la ripresa delle condizioni più o meno normali dell'esistenza. Attualmente cosa succede? Noi abbiamo fatto un grande sforzo in Lombardia, perché ci sono diversi direttori dal punto di vista dell'efficienza della fase acuta. Abbiamo in questo modo una media di quattro giorni di degenza; il problema è che quando sono passati questi quattro giorni medi di degenza, se il paziente è un anziano o anche un grande anziano, c'è la necessità di continuità della cura di cui non sempre la famiglia può farsi carico e quindi si pongono i problemi in questa fase intermedia di ricorrere ai sollievi, come già ci sono in certi periodi, ma soprattutto in una fase intermedia che vorremmo poter affidare alle nostre Rsa, ma con costo totalmente a carico della spesa sanitaria. Questo è un obiettivo che abbiamo davanti, ma al di là di questo io credo che sia venuto il tempo per cui, anche all'interno del dibattito complessivo del nostro paese, questo tema venga messo tra le priorità. Noi abbiamo una grandissima sensibilità nel paese tra le forze politiche sul tema per esempio delle pensioni, è una sensibilità molto giusta, però forse, guardando la realtà, possiamo anche renderci conto che quando abbiamo fatto una grande battaglia per i nostri lavoratori, per le persone dipendenti, io parlo sempre di un ceto medio insomma, quando queste persone hanno maturato la pensione, questa pensione oggi non basta per l'emergenza, sia se si deve prendere una badante per ovviare ad una situazione di famiglia sia se si deve procedere a ricovero in una istituzione, e qui sto parlando di quello che conosco, cioè della Lombardia che certamente rispetto al resto d'Italia si trova in una condizione un pochino diversa. E quindi si deve andare a un ripensamento radicale di come gestiamo le risorse: questo è lo scenario che io mi vedo davanti e di cui obiettivamente non percepisco ancora una sensibilità adeguata. Io non ho la soluzione, ho accennato questo tema dei ricoveri per alleggerire alcune situazioni, diciamo i ricoveri per cure intermedie, ma il focus andrebbe rimesso anche sull'assistenza domiciliare, che è un termine che copre, anche nelle stesse zone della Lombardia, che copre risposte molto differenziate da realtà a realtà, per cui tante volte si passa per assistenza domiciliare qualche cosa che è molto fragile, molto inadeguato rispetto al bisogno di una persona che ha un bisogno abbastanza serio. Quindi c'è un ripensamento complessivo, il tutto richiede delle risorse, questo è il motivo per cui ormai il mio collega della Sanità non perde occasione di dire che bisogna spostare le

risorse dal fondo della Sanità al fondo dell'assistenza o della socio-assistenza. Tenete conto che in Lombardia il rapporto è di 10 a 1, spendiamo 10 per la sanità, spendiamo 1 per l'assistenza e siccome l'obiettivo della sanità è quello di ridurre i propri utenti o comunque i tempi, è evidente che la fragilità dell'anziano o del grande anziano è una fragilità in crescita dovuta proprio al benessere, anche maggiore, che consente delle aspettative di vita molto più ampie. Quindi questo è lo scenario nel quale ci stiamo muovendo, la risposta che stiamo cercando di dare al momento è questa, io mi fermerei qui e lascerei la parola agli operatori. Grazie.

FRANCESCO BOMBELLI:

Io passo a Mariuccia Rossini, però attraverso la segnalazione di un dato che è importante. La regione Lombardia ha 55.000 posti di Rsa, sono la metà dei posti che ha il nostro paese. Perché questa sottolineatura? Perché vorrei chiedere alla dottoressa Rossini un approfondimento sulla accessibilità alle Rsa, all'assistenza domiciliare, all'attività riabilitativa, perché molto spesso poche persone sanno cosa vuol dire e come si fa ad accedere a tutto questo bisogno e a tutte queste risposte.

MARIUCCIA ROSSINI:

Abbiamo detto che la Lombardia ha il 50% dei posti di Rsa. Ma che cosa significa Rsa in Italia? Perché l'Rsa della Lombardia non è l'Rsa del Veneto, non è l'Rsa del Lazio, non è l'Rsa del Piemonte. Allora facciamo ancora un passo indietro. Le politiche vengono fatte a dimensione regionale, per cui in Italia ogni legislatore legifera per la propria regione sul fabbisogno di posti letto, sulla tipologia di servizio, la tipologia di servizio da sviluppare sul territorio, gli standard strutturali e gestionali, i requisiti e le modalità di accesso alle prestazioni, il finanziamento e i regimi tariffari. SEGESTA opera su otto regioni italiane, per cui ha una buona esperienza su tutti questi nuovi sistemi legislativi assolutamente diversi. Attualmente noi gestiamo circa 3500 posti letto, suddivisi in residenze per anziani, centri di riabilitazione, cliniche, cliniche psichiatriche, centri polifunzionali. Ad esempio in Liguria c'è un mix di prestazioni che dobbiamo solo definire centri polifunzionali, oltre a fare più di 10.000 voucher di assistenza domiciliare, per cui abbiamo una panoramica abbastanza completa su tutto il discorso socio-assistenziale. Allora, l'assessore diceva che l'obiettivo dovrebbe essere in Lombardia il 7% di tutti gli ultrasessantacinquenni, ci sono altre regioni che dicono che sono il 3% degli ultrasessantacinquenni, altre regioni che dicono dallo 0,5% all'1,5% tra i 65 e i 75 anni. In effetti per riuscire a confrontarsi con un sistema internazionale, considerando questo coacervo di numeri, diventa veramente molto difficoltoso. Nelle zone settentrionali abbiamo circa il 3% dei posti letto per la popolazione over 65, mentre nelle zone meridionali circa l'1%, negli altri paesi europei, l'offerta mediamente è del 3,5% o 4%. Però dobbiamo far conto con la bomba demografica al contrario, come l'ha definita l'assessore Boscagli, e penso che questo veramente diventerà il motto di tutto questo settore. In effetti noi dobbiamo gestire oggi 2.700.000 ultraottantenni, questi 2.700.000 ultraottantenni nei prossimi quindici anni quasi si raddoppieranno, per cui a fronte di un aumento dell'11,5% degli ultrasessantacinquenni, che passeranno da 9.000.000 a 10.000.126, avremo un aumento del 57,3% degli ultraottantenni. Questo significa che bisogna dare assistenza a queste persone con le risorse che abbiamo e allora probabilmente il nostro amico della sanità dovrà entrare nella logica di dire: adesso guardiamo i numeri, perché i numeri sono numeri. Non possiamo continuare a dire 10 a 1 se la popolazione ultraottantenne, che è poi quella che richiede maggiore assistenza, aumenta del 57,3%. La commissione LEA nel 2007, la commissione LEA per la residenzialità, ha affermato che occorrerà arrivare a una media nazionale di 4,3% posti letto anziani over 65, il che significa che oggi ci sono circa 230.000 posti, e questo perché ti dicevo che la Lombardia ha 55.000 posti ed è il 50% delle Rsa, ma gli altri

100.000 posti si chiamano con nomi diversi, che poi adesso vi illustrerò, e questo è fantastico. Ad oggi comunque dovremmo avere, secondo questi dati della commissione LEA per la residenzialità, 397.000 posti. Allora vediamo adesso quali sono le tipologie di strutture, perché a fronte di termini uguali si intendono servizi con standard diversi e ci sono termini diversi per intendere lo stesso servizio. Allora abbiamo l'Rsa, residenza sanitaria assistenziale, poi abbiamo le RAF che ci sono in Piemonte, che sono le residenze assistenziali flessibili, poi abbiamo le RP, che sono le residenze protette e le residenze protette anche di lunga assistenza e poi per non farci mancare niente abbiamo anche le RSSA che sono in Puglia, di lunga assistenza. Tutto questo per indicare più o meno un servizio abbastanza simile, che poi cambia nell'assistenza che noi possiamo dare all'anziano ricoverato. Però, quando si parla di Rsa, nel Lazio o in Liguria non si intende la stessa cosa, come non si intende la stessa cosa nella Lombardia piuttosto che nel Piemonte. Allora nel Piemonte, giusto per fare un esempio, abbiamo una Rsa assistenziale di base, una Rsa assistenziale incrementata, un livello assistenziale di base di RAF cioè di residenza flessibile e un livello assistenziale incrementato. Questo veramente è un *mare magnum* delle definizioni, perché a questo corrispondono poi delle tariffe e degli standard assistenziali completamente diversi. Oltretutto, in questo momento, stanno aumentando le esigenze, stanno emergendo dei nuovi bisogni sanitari che devono supportare i tagli dei costi della sanità e dei posti letto, per cui alcune regioni come il Lazio, la Lombardia, il Piemonte e la Sardegna hanno autorizzato, all'interno delle strutture socio assistenziali che ne hanno i requisiti, l'attivazione di servizi ad alta valenza sanitaria, destinati alla presa in carico di dimissioni protette dall'ospedale, stato vegetativo permanente, la sclerosi laterale amiotrofica, gli Hiv positivi e gli oncologici, per cui gli hospices e a fronte di questi servizi ci sono delle tariffe assolutamente diverse. Ecco, qui ritengo che i legislatori abbiano dato il meglio di sé in quanto a creatività italiana, perché per lo stesso servizio non solo ci sono degli standard assistenziali diversi ma anche la nomenclatura è differente. Vediamo ad esempio che il Lazio, la Puglia e il Veneto indicano gli standard assistenziali in relazione alle figure professionali per posto letto, per cui vediamo che c'è un'infermiera ogni otto posti letto, un'infermiera ogni cinque, un fisioterapista ogni dieci, eccetera eccetera. Altre regioni invece indicano gli standard assistenziali in minuto assistenza ospite, allora bisogna essere assolutamente laici nell'interpretazione, l'importante è che ci sia un metodo. Qui invece è che ci sono delle regioni che fanno una tipologia di standard, altre che ne fanno un'altra. La Sardegna che dà il meglio di sé, riesce a fare sia i minuti settimanali ospite che anche in figura professionale, tant'è che noi abbiamo una Rsa in Sardegna di 120 posti più, sempre nell'ambito dello stesso edificio, una residenza protetta e che cosa dobbiamo utilizzare? Per l'Rsa, il medico assunto della struttura, per i pazienti di residenza protetta il medico di medicina generale e talvolta, in alcune regioni, abbiamo i medici di medicina generale che devono farsi carico dei pazienti e questi qui non sono strutturati, per cui non rispondono organizzativamente alla gestione della struttura e questo talvolta può provocare dei problemi. Andiamo a vedere Lazio e Veneto. Allora vediamo l'esempio di una Rsa di 60 posti letto a basso livello intensità assistenziale nel Lazio e nel Veneto. Mi dispiace non ci siano gli assessori delle altre regioni, perché ci sarebbe da divertirsi. Allora, Lazio e Veneto: 60 posti letto; infermieri professionali 7,5 nel Lazio, 4 nel Veneto; in compenso abbiamo 24 OS nel Veneto a fronte di 10 OS nel Lazio, mentre gli standard di fisioterapisti e di animatori sono sei volte tanto. Adesso io mi chiedo se chi ha fatto questi standard ha mai visto un Rsa o se ha visto un villaggio della Valtur. Perché? Perché i pazienti di Rsa sono pazienti che mediamente sono per il 98% incontinenti e questi sono dei dati nostri che lavoriamo in otto regioni, per il 95% sono su una sedia a rotelle e per il 77% soffrono di una demenza grave o medio grave; insieme a queste ci sono tutte le polipatologie, perché abbiamo le problematiche cardiovascolari, il diabete, le malattie degenerative che

si associano, per cui come diceva prima l'assessore ormai le Rsa stanno diventando veramente un supporto molto importante alle dimissioni dall'ospedale. I pazienti di oggi non sono quindi i pazienti di 15 anni fa. Io ho iniziato 15 anni fa con questa attività, i pazienti erano completamente diversi, avevano 77 anni medi, erano ancora in buona salute, restavano due anni o due anni e mezzo nella Rsa, oggi ci stanno sei mesi e l'età media è di 87,5 anni, per cui sono sempre più malati e sempre più gravi. Allora noi dobbiamo dare un'assistenza assolutamente adeguata a questo genere di pazienti e questi standard veramente talvolta non rispecchiano assolutamente quello che può essere l'esigenza del paziente. Eviterei di mostrare gli altri dati, però questo è per dire che effettivamente in Italia, quando si parla di Rsa, si può parlare di tante cose diverse e non solo di cose diverse ma anche di strumenti di valutazione. Allora l'accesso alle strutture, rientro poi nel tema, viene valutato da organismi di valutazione che non hanno poi nemmeno lo stesso nome, in Lazio Ubt, in Liguria Ubg, fortunatamente in Lombardia un paziente può scegliere dove andare e la libertà dovrebbe essere applicata in tutta l'Italia, eccetera eccetera. Gli strumenti di valutazione per sapere la tipologia di paziente ricoverato non è uguale in tutte le regioni, per cui noi abbiamo il Vaor nel Lazio, l'Aget plus in Liguria, la Sosia in Lombardia, la Svama in Puglia, in Veneto la Svama, in Sardegna si sono fatti una scheda da soli, perché quelli sono più bravi. Io mi confronto spesso nel contesto internazionale, anche perché Segesta fa parte del gruppo Cori, e francamente quando vado all'estero e vedo che c'è qualcuno qua che si fa tradurre, per cui probabilmente viene dall'estero e quando gli dici che in Italia ci sono 20 sistemi diversi con 20 tariffe diverse e con 20 nomi diversi, sono assolutamente increduli. Allora, in Canada e negli Stati Uniti, da Boston a San Francisco, si utilizza il Rug come strumento ufficiale di rilevazione e di remunerazione; in Francia da Parigi a Marsiglia si utilizza la griglia Agir, che è stata adottata dal governo francese e che regola i flussi informativi e le remunerazioni delle Epad perché lì le Rsa si chiamano Epad e sono Epad in tutta la Francia, per cui noi quando vogliamo parlare di Rsa o di vedere qual è l'accesso diciamo: ma di che cosa stiamo parlando? Vediamo ora quali sono le differenze tariffarie, perché abbiamo visto che ci sono degli standard diversi, però ora andiamo a vedere quali sono le differenze tariffarie, perché noi andiamo da differenze di 10 euro fino a 64 euro, sempre nelle Rsa, sempre con tutti questi standard diversi, passando attraverso tutte le fasce intermedie. Quello che fa specie non è tanto questo, quanto la tariffa a carico dell'utente. In alcune regioni la tariffa a carico dell'utente è indicata dalla regione, per cui è una tariffa fissa, e questa è, dal punto di vista filosofico, demagogico, una bellissima cosa, perché tutti devono pagare la stessa cifra. Bene. Allora andiamo a vedere nel Lazio e nel Piemonte che cosa succede. Il fatto di avere una tariffa fissa, tra l'altro molto bassa, ha comportato che nessuno né pubblico né privato ha investito nel centro delle grandi città, tant'è che ad oggi mancano più di 1000 posti a Torino e più di 5000 posti nel centro di Roma. Perché? Perché se io vengo remunerata nello stesso modo con il costo immobiliare che ho nelle grandi città, perché devo investire qui? Vengo remunerata come se la mia residenza fosse nel paesello più sperduto. E così perché devo investire sugli standard alberghieri? Se noi andiamo a girare le residenze della Lombardia, c'è stata una gara negli ultimi anni per dare degli standard sempre più elevati, questo non perché c'è la concorrenza, ma perché c'è la giusta competitività, perché allora tu offri dei servizi e devi cercare sempre di migliorare. Se si va in alcune regioni, vedi ancora le camere a quattro letti con il bagno nel corridoio. Ma insomma perché non possiamo non trattare dignitosamente i nostri genitori, perché mi volete impedire di avere la camera singola con la televisione se me la voglio pagare? In alcune regioni, ho citato il Piemonte, questo non è impedito, però praticamente non succede, perché nessuno vuole investire nel centro delle grandi città. Questa diapositiva fa vedere che la spesa complessiva è oggi di 6,83 miliardi di euro e il settore sanitario partecipa per il 44% della spesa anziché il 50%, come

prevede il decreto sui LEA. Noi auspichiamo che ci sia un recepimento della normativa LEA e una revisione delle tariffe a carico del sistema sanitario nazionale. Oggi, il nostro amico Lucchina per la prima volta ha detto che per i pazienti, cito testualmente, "la dimissione non avviene perché sono guariti". Allora, se non avviene perché sono guariti, noi dobbiamo avere delle risorse per poter dare un'assistenza adeguata a questi pazienti, per cui il 10 a 1 non ci va più bene, se i pazienti vengono dimessi, noi dobbiamo riuscire a creare dei servizi che sono dei servizi di supporto a questo taglio della Sanità. Che cosa auspichiamo? Che sempre nell'ambito della specificità, si avverte la necessità di una razionalizzazione, un consolidamento della rete regionale dei servizi, un rafforzamento di integrazione dei canali informativi tra i medici di medicina generale e i servizi sociali, il recepimento ovviamente della normativa Lea, ma soprattutto l'unificazione degli strumenti di governo, degli accessi e dei metodi di valutazione. Non possiamo continuare a gestire l'Italia, perché qui il federalismo è stato applicato in modo direi pedissequo, cioè ogni regione non può continuare a gestire gli accessi e questi metodi di valutazione in un modo proprio e così pure auspichiamo l'unificazione degli standard sanitario assistenziali, dobbiamo parlare la stessa lingua per poter fare delle valutazioni omogenee. Nell'ambito di Segesta, noi la valutazione omogenea la facciamo subito, ho imposto l'utilizzo del Sosia in tutte le regioni, per cui anche laddove non mi viene richiesto noi utilizziamo il Sosia in modo da poter fare una valutazione del carico assistenziale, della tipologia del paziente e del costo di questi pazienti. E questo penso che possa servire anche per la programmazione delle risorse, perché a proposito di programmazione non bisogna dimenticare che poi, a fronte dei tagli della sanità, si deve pensare che si devono allocare le risorse per la non autosufficienza, perché al di là poi della politica della demagogia, la bomba degli ultraottantenni sta per scoppiare e questo che piaccia o che non piaccia alla sanità devono tenerlo in considerazione.

FRANCESCO BOMBELLI:

La dottoressa Rossini in realtà è più di venti minuti che tocca in modo molto oggettivo le differenze che sono tante, perché il nostro è un Paese complicato rispetto alle differenze, però il dato politico di Paese e non di regione è altrettanto preoccupante. Allora a Sandro De Poli, che è il presidente Italia di General Electric, vorrei chiedere: la tecnologia, che ruolo può avere e che ruolo ha nel rendere in un periodo più breve possibile o non creare o appiattare le disparità delle risposte?

SANDRO DE POLI:

Innanzitutto un ringraziamento per l'opportunità che abbiamo di esprimere le posizioni di una azienda che forse si trova stranamente in questa discussione, ma che in effetti è in un interesse diretto rispetto a quello che è un discorso legato alla sensibilità delle cure. Questo perché abbiamo sentito le relazioni precedenti che vanno in una direzione molto chiara, che dice che fortunatamente la popolazione vive più a lungo, vive meglio più a lungo, questo però sta esponendosi ad una pressione economica straordinaria, perché ormai si è visto negli ultimi anni l'accelerazione molto significativa che c'è stata nell'allungamento della vita media delle popolazioni in giro per il mondo, e questo è un fenomeno che continuerà nel tempo e negli anni avvenire sempre di più. Infatti non per niente si comincia già a parlare, non si parla più di novant'anni, si parla di cent'anni o più come obiettivi di vita che possono essere considerati. Noi pensiamo come azienda tecnologica di avere avuto un piccolo ruolo in questo. Lo abbiamo visto come? Noi produciamo, siamo un'azienda che da più di cento anni lavora nel campo diagnostica per immagini, e oggi abbiamo visto le capacità dell'apparecchiatura diagnostica per immagini dove ci hanno portato. Poi entriamo magari nel discorso legato alla sostenibilità della cura, perché poi anche sulle realtà nazionali vediamo regioni che sono strutturate

adeguatamente e regioni che lo sono meno; però generalmente la considerazione è che la tecnologia ha giocato un ruolo determinante della diagnostica delle immagini, in quella che è la elettromedicina, e noi qualche anno fa, a seguito di una delle acquisizioni che abbiamo fatto quando siamo entrati nel campo farmaceutico, ci siamo resi conto della possibilità di poter, integrando tutte le nostre competenze tecnologico-aziendali, di poter lavorare su un concetto diverso da quello di un sistema sanitario che fino ad oggi è sempre stato calibrato, sintonizzato sulla cura della malattia, su un concetto di sistema sanitario che possa servire a curare la salute. Chiaramente è una prospettiva a lungo termine, di medio/lungo termine. Nel breve termine abbiamo effettuato un altro aggiustamento della nostra strategia, cercando di capire come potevamo aiutare i sistemi sanitari mondiali a poter fornire prestazioni sempre più importanti, migliorare sempre di più la diagnosi dei pazienti, senza necessariamente continuare nella escalation continua dei costi. Il dottor Bombelli mi stimolava prima a fare un commento sulla situazione del sistema sanitario americano, e come rappresentante di una azienda americana mi sento di dire in tutta sincerità che sono contento di lavorare per l'azienda per cui lavoro e sono contento di abitare in Italia, onestamente.

FRANCESCO BOMBELLI:

Sì, però risottolineo il perché della domanda: siccome è probabile che ciò che sarà fatto là in parte verrà visto qua, di solito negli ultimi dieci anni ciò è accaduto...

SANDRO DE POLI:

Faccio il primo commento che si usa leggere sui giornali: è un po' di anni che lavoro in questa azienda, per cui è un po' di anni che ho a che fare con il Servizio Sanitario, ho la possibilità di vedere il Servizio Sanitario Americano. In America si spende qualcosa come il 15-16% del prodotto interno lordo in sanità, che è abbondantemente più del doppio di quello che spendiamo noi. Ci sono 46 milioni di abitanti che non sono assicurati, 47, 48, comunque un numero straordinariamente alto di persone non assicurate. Noi abbiamo sempre visto, come azienda leader nel settore in America, abbiamo sempre visto con piacere una corsa verso l'evoluzione tecnologica, una corsa agli investimenti, abbiamo sempre visto per esempio un ospedale dove c'era installata una tac, quando questa tac arrivava a fare 25 pazienti, al 26esimo si faceva su una macchina nuova, si aggiungeva una macchina al raggiungimento del 25esimo paziente, lo stesso per le risonanze magnetiche. Noi le macchine le abbiamo utilizzate molto, ma molto di più. Infatti adesso uno dei primi slogan del Governo è: vediamo di utilizzare di più quello che abbiamo, così da spendere un po' meno. Infatti noi, in America, è da un paio di anni che stiamo soffrendo pesantemente una crisi di mercato che è legata a questo fenomeno. Per cui da questo punto di vista vediamo che la tecnologia ha avuto un impatto là come l'ha avuto qua, l'utilizzazione delle macchine è sicuramente qualcosa che noi possiamo insegnare a loro, così come l'America può sicuramente insegnare a noi cose come quelle legate a quello che diceva prima la dottoressa Rossigni, che difficilmente vedi succedere in un sistema strutturato come quello americano, dove le strutture ci sono, funzionano piuttosto bene, con dei processi piuttosto robusti e omogenei, anche perché in America una buona parte delle strutture fanno parte di grandi gruppi che sono organizzati in maniera omogenea attraverso il territorio. Torniamo adesso a quella che è la situazione nostra in Italia, dopo questa piccola finestra aperta sull'America. Abbiamo parlato delle macchine, del contributo che abbiamo dato alla cura della malattia e con la prospettiva di poter andare verso la direzione della cura della salute. Nell'immediato quello che vediamo è un rischio e qui torniamo proprio al cuore del tema dell'accessibilità alle cure, vediamo un rischio serio di razionamento della medicina, cioè invece di fare la medicina razionale, essere obbligati a fare una medicina razionata nei prossimi anni per mancanza di risorse, questo perché il

sistema non cambia abbastanza velocemente da poter togliere costi da parte della struttura per potersi permettere di aggiungerne altri dove, per esempio, arrivano le innovazioni tecnologiche più significative. Vado ora a toccare nello specifico quello che è successo nel nostro paese non tantissimo tempo fa, solo qualche anno fa. Noi abbiamo regioni come la Lombardia che hanno compreso immediatamente il beneficio di avere tecnologie come la Pet applicate in uso clinico, ci sono regioni che hanno deciso, per ragioni puramente politiche, di non investire per anni e che hanno cominciato solo adesso, quando la Lombardia ha cominciato dieci anni fa. Allora, per un cittadino di quella regione non è molto bello pensare di dover prendere la macchina, o addirittura come diceva il collega durante il pranzo, un pullman, per andare nella regione vicina a fare un esame. Questo è successo, sta succedendo ancora oggi sta succedendo, e questo riteniamo che non sia, non sia etico sicuramente. Fortunatamente stiamo vedendo che queste situazioni, che oserei dire imbarazzanti, si stanno risolvendo, però questo porta nella direzione di un sistema che continua ad aggiungere, aggiungere costi, e di conseguenza dobbiamo andare dall'altra parte verso un qualcosa che permetta di togliere costi. Abbiamo ascoltato prima il discorso della riduzione del periodo di ospedalizzazione e la dimissione del paziente che non è ancora guarito ma è, diciamo, dimissionabile dall'ospedale per poter essere immesso in una struttura di recupero fisico a costo più basso. Infatti noi, una delle aree dove stiamo prevedendo di fare un investimento molto significativo nei prossimi mesi, è l'area della cosiddetta home care, tecnologia applicata alla gestione domestica del malato, sia esso malato in decorso post-operatorio, sia esso malato cronico, malato con una patologia di lungo periodo. In questa area pensiamo di vedere degli sviluppi molto significativi, che possono sicuramente andare nella direzione auspicata dalla riduzione dei costi nella deospedalizzazione del sistema se vogliamo, cioè di portare in ospedale solo i pazienti che ne hanno bisogno per il minimo periodo di tempo necessario e poi poterli trattare auspicabilmente anche a casa, anche fuori da strutture intermedie, nel periodo post-operatorio. Questa tecnologia sta diventando facilmente disponibile anche se va resa sicuramente molto più amichevole per l'utilizzatore. Oggi abbiamo macchine fatte per ospedali che non sono facilmente utilizzabili dal paziente di ottant'anni a casa, bisogna fare macchine che siano più possibile automatizzate nel funzionamento, tipo le accendi schiacciando un bottone poi fanno tutto da sole, non siamo ancora lì ma non mancherà molto tempo ad avere i primi prototipi. L'altro discorso importante è quello, abbiamo sentito questa mattina l'intervento del Dottor Lucchina, che riguarda il pubblico e privato in sanità. La medicina del territorio riteniamo debba giocare un ruolo più importante e vediamo con piacere questa volta a livello ministeriale un interesse del Ministero verso un ingaggio diverso dei medici di medicina generale. Ci rendiamo tutti conto che è un compito di grande difficoltà per riuscire ad averli a bordo, però pensiamo che questa categoria professionale possa giocare un ruolo fondamentale e anche in questa area stiamo cercando di giocare un ruolo importante, portando supporti tecnologici, portando strumenti che possano permettere al medico di base di giocare un ruolo sicuramente più importante di quello attuale, che nella maggior parte dei casi si risolve a una breve visita e alla prescrizione di un farmaco, portando tecnologie, semplici di utilizzo, che sono utilizzabili a casa del paziente, a bassissimo costo. Qualcosa insomma che vada nella direzione auspicata di tenere il più possibile il paziente fuori dall'ospedale e portarcelo solo quando è necessario. Noi pensiamo che questo sia un passo obbligatorio, anche perché avete sentito 'sta mattina si parlava di 15% di spesa sanitaria in farmaci. Infatti, se guardiamo la spesa tra farmaco e tecnologia, è poco più del 20%; vuol dire che l'80% viene speso in un'altra parte. Il periodo di ospedalizzazione è la struttura ospedaliera che viene utilizzata in alcuni casi in maniera non tanto efficiente, in altri casi molto efficiente ma in generale viene utilizzata con dei costi molto molto alti per il sistema sanitario, per cui la nostra prospettiva è quella di poter dare il nostro contributo tecnologico per andare verso una

medicina assolutamente più razionale, una medicina che possa in prospettiva arrivare all'obiettivo che penso sia l'obiettivo finale, quello di fare una cura della salute al meglio delle possibilità. Penso che con questo possa chiudere il mio intervento e ringrazio ancora tutti per l'attenzione.

FRANCESCO BOMBELLI:

A Ornella che è Amministratore Delegato di una realtà che fa soluzioni innovative, soluzioni informatiche rivolte alla sanità, chiederei a che punto è il percorso di avvicinamento e qual è il rapporto che una realtà come la vostra riesce a instaurare con l'ospedale.

ORNELLA FOUILLOUZE:

Certo, saluto tutti, ringrazio l'organizzazione per essere qua con voi, e come sempre quando vengo sollecitata a parlare di sanità, è come se avessi sempre un pochetto di coda di paglia, perché io non sono un medico e mi sembra in qualche modo che parlare di sanità non da medici debba essere in qualche modo più complicato e questo perché mi occupo di informatica e quindi di informatica a corredo dei processi sanitari e se volete è anche un po' il titolo della mia presentazione, il contributo dell'informatica tradisce un po' questo punto di vista. Ma l'informatica sarà utile davvero? Se ci riferiamo a questo 15% di costo dei farmaci nella spesa sanitaria, al 6% complessivo della tecnologia, diciamo che l'informatica a supporto del mondo ospedaliero sta sotto l'1%, quindi è comunque un elemento piccolino nel contesto generale. Ecco, la mia tesi è che è piccolino ma utile e quindi è un abilitatore di processi importanti. Il vantaggio di parlare per ultima è che di tante cose si è già parlato, quindi taglieremo molto velocemente su alcuni aspetti. Di questa slide che parla della visione a livello di Comunità Europea della sanità, mi interessa solo sottolineare che accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria, che sono obiettivi di raccomandazioni della Comunità Europea, sono dei temi che accomunano tutti gli stati europei e quindi ci mettono nelle condizioni teoriche di fare quei benchmarking, di cui prima parlavamo, anche più localmente, a livello di regioni italiane, per confrontare in qualche modo come di fronte a un problema che è europeo e cioè l'invecchiamento della popolazione, i vari stati sovrani con le loro organizzazioni, con la loro maggiore o minore centralità riescono ad indirizzare questi temi. Passerei alla prossima velocemente. Diciamo che ci sono delle raccomandazioni a livello UE, ma passerei alla successiva per entrare un pochetto più nel contesto. Beh, la sanità in Italia segue 60 milioni più o meno di cittadini presenti sul territorio italiano e ha un insieme abbastanza vasto e tipizzato di operatori, tra i quali, oltre a regioni e comuni che seguono anche in gran parte l'aspetto dell'assistenza, abbiamo le strutture ospedaliere pubbliche e private, gli operatori sanitari, le farmacie, i medici di medicina generale. Questo insieme di operatori è complessivamente alle prese con uno scenario complessivo che è l'invecchiamento della popolazione, come abbiamo detto, e quindi l'aumento della percentuale di anziani. Su questo è molto interessante uno studio, al quale ho in parte partecipato recentemente, dell'Urisco, che indica come la cultura sanitaria stia modificando noi cittadini, perché i cittadini pretendono di più. In qualche modo essendo sempre più esperti e sempre più informati, hanno anche un'aspettativa significativa sulla risposta che il mondo sanitario deve dare loro e quindi, andiamo alla successiva, molto spesso ormai quando si parla di salute si mettono insieme più ambiti, che sono la spesa sanitaria da un lato, propriamente intesa, la spesa sociale e qui veniamo alle cose che abbiamo lungamente detto, e la spesa per il wellness, perché gli stili di vita e il wellness stanno diventando un altro dei parametri e il fatto che c'è una cronicità in aumento e che tutti gli iper-tesi, tutti quelli che hanno qualche forma di vasculopatia magari anche in età giovane, tutti i diabetici sono comunque personaggi che vivono una vita normale, fa sì che in qualche modo sempre di

più si interallacciano questi temi. Ora andrei alla slide successiva, non è aggiornatissima ma dà una indicazione di alcuni degli elementi di cui abbiamo parlato prima. C'è una articolazione sulle regioni che fa capire che da un alto ci sono dei costi unitari non omogenei, vedete i colori, il verde chiaro sono le regioni diciamo nelle quali il costo unitario è più basso, magari sono anche quelle con un'alta popolazione, sicuramente, quelle efficienti e poi vedete quei circolini con il numero che se sono rossi indicano che la regione in qualche modo attrae utenza e quindi, fatemi dire, ha una buona reputazione, gli altri vengono a farsi curare lì, piuttosto che su altre regioni in cui invece c'è l'effetto contrario. Ecco quindi che in uno scenario di questo tipo, in cui ci sono, non so dire, non sono abbastanza esperta per dire, quindi riferisco il parere di studi, meno patologie acute ma sicuramente ci sono più patologie croniche, l'aspetto cronico sta diventando un elemento più centrale e la cultura sta modificandosi fortemente, perché il paziente diventa sempre più al centro, protagonista della sua salute. Ecco quindi, e mi riallaccio a quello che si diceva prima, la sanità in Italia non è da considerare di serie B, al di là delle varie classifiche siamo tutti convinti che ci sia mediamente un livello di qualità buono rapportato agli altri paesi, però quello che è interessante capire è che, in un quadro in cui la popolazione si modifica, l'età della popolazione si modifica, ci sono diciamo degli scenari territoriali e di figure a domicilio di cui parlava anche poc'anzi il rappresentante di GE, è necessaria un'integrazione diversa degli operatori sanitari e sociali. L'esperienza di cui volevamo parlarvi era proprio un'esperienza che supporta un pezzo di questo processo che è l'assistenza domiciliare e l'assistenza diciamo, l'ospedalizzazione domiciliare, per semplificare. Passiamo alla successiva slide. In questo contesto, il dialogo pubblico privato è molto forte, perché come sappiamo questi sono numeri italiani, le percentuali di realtà private sul totale, per quanto riguarda la riabilitazione e la Rsa sono decisamente importanti e quindi sappiamo che gli interlocutori privati sono un interlocutore importante di questo contesto. Passiamo alla successiva. Ecco dove arriva l'informatica? In un mondo complesso che si trasforma, il supporto dell'informatica è il supporto dell'informazione, cioè è necessario che i percorsi di cure e assistenze siano seguiti da una evoluzione di corsi informativi adeguati, perché per utilizzare il processo di cure bisogna mettere insieme più tipi di informazione. Come si diceva prima, il paziente esce dall'ospedale e poi a seconda se è abbastanza sano va solo riabilitato brevemente oppure se è un paziente di grave compromissione può essere riabilitato per un certo periodo, può addirittura necessitare di cure continue. Noi Sysline siamo una azienda che propone delle soluzioni informatiche, abbiamo fatto recentemente un acquisto di ramo d'aziende e abbiamo inserito all'interno della nostra proposta una soluzione che supporta l'attività presso domicilio di assistenza agli ammalati, ai pazienti. Si tratta di applicazioni informatiche che da un lato dialogano con l'ospedale, dall'altro registrano dati a casa del paziente. Quindi si tratta di avere un palmare o un computer in cui registrare sostanzialmente i dati che vengono gestiti durante l'attività domiciliare in relazione un piano assistenziale mirato, che viene mirato sulla persona. Questa ovviamente è una modalità alternativa, richiamo quello che veniva detto in un incontro stamattina, non si tratta solo di curare il paziente, si tratta di prendersi cura del paziente, di farlo sentire accudito e ecco quindi che in un'applicazione di questo tipo è importante avere l'evidenza per il paziente che si trattano i suoi dati. Naturalmente ci sono delle forti difficoltà, perché non si lavora in un ambiente ospedaliero protetto, con gli strumenti che funzionano, ma si lavora in un ambiente che oggi non è preposto a fare attività clinica, quindi con delle difficoltà aggiuntive. E' chiaro che quello che è importante in qualunque applicazione tecnologica, è andare sempre nella direzione della sostenibilità economica, perché ci siamo detti tutti che lo spettro che abbiamo davanti è la famosa bomba demografica e quindi il fatto che ci costerà molto gestire in modo analitico queste persone, queste attività. Quindi importante è che l'informatica metta a disposizione informazioni, sembra una tautologia, ma è proprio

questo il motivo per cui esiste e quindi l'esigenza di trasparenza in qualche modo sulle cure che vengono fatte a domicilio permette di valorizzarle, di contabilizzare gli sforzi, di fare benchmarking tra mondi diversi e quindi in ultimi analisi di poterle gestire al meglio. L'esperienza che abbiamo seguito dal 2002 ha utilizzato i voucher per la rendicontazione delle attività fatte a domicilio e quindi c'è una rendicontazione specifica molto analitica, secondo gli standard della regione Lombardia. Se andiamo alla pagina successiva vediamo come è fatto un voucher, ma non ci interessa. Altri elementi sono il fatto che su questi dati che vengono raccolti si possono fare delle statistiche, che a volte sono servite per alimentare alcuni studi che hanno permesso di valutare, rispetto a una pianificazione di giornate di intervento, le giornate effettivamente erogabili. L'informatica serve a questo, a raccogliere dati, serve a dare trasparenza e a permettere un maggiore controllo. Sicuramente con l'assicurazione di questo tipo si tutela la centralità della persona, perché si tratta comunque di dare evidenza del lavoro intorno alla persona, si garantisce la trasparenza. L'esperienza di cui parlo, giusto per dare due numeri, è stata svolta a Milano in sette ospedali, in particolare in relazione a un campione di 1600 persone, alle quali sono state applicate cure palliative. Era un campione di malati oncologici. Di fatto questa applicazione ha permesso di gestirli come se fossero in un ospedale anche se stavano a casa loro e avevano un supporto. Questo è solo la dimostrazione che è utile curare le persone a casa loro per tutta una serie di motivi che sappiamo tutti, dal costo dai servizi alberghieri degli ospedali, all'infezioni, al rischio clinico, a mille e uno problemi. Questo è solo l'inizio, nel senso che se andiamo alla slide successiva, nella realtà a domicilio si possono fare molte cose. Questa è la strada: da un lato le reti di telecomunicazioni, dall'altro la disponibilità di strumenti portatili che permettono di fare delle misurazioni a casa e come infrastruttura degli strumenti informatici che permettano di raccogliere tutti questi dati e per esempio di collegarli anche ai sistemi ospedalieri. Quindi io ringrazio per l'attenzione.

FRANCESCO BOMBELLI:

Grazie a Ornella, a chiusura di questo incontro io chiederei all'assessore Boscagli di fare una sintesi, partendo da una cosa che fa un certo piacere, perché il modello di sanità lombardo è considerato secondo in Europa e primo in Italia.

GIULIO BOSCAGLI:

Io vi faccio due tre flash che forse possono servire come conclusione. Tutto quello che muove la nostra azione sanitaria assistenziale, il criterio della persona al centro è stato raccontato poco fa e la cosa è tanto più importante e delicata quando questa persona è la persona anziana. Noi leggiamo notizie di cronache che di fronte al cliente anziano si comincia a porre il problema del ne vale la pena. Questa è una domanda che riguarda la deontologia medica, ma noi vogliamo che ricordiate quando si diceva che il welfare state si preoccupava della persona dalla culla alla bara. Bene, noi vogliamo passare a un sistema più articolato, lo chiamiamo welfare community, vogliamo continuamente occuparci della persona con modalità diverse in ogni fase della sua vita, anzi prima ancora che la vita venga alla luce. Questo è l'obiettivo che abbiamo, che deve essere linea guida delle politiche. Dopo di che, nel merito delle questioni, i punti di lavoro sono abbastanza chiari. Intanto io credo ci sia un problema di classificazione degli utenti, degli anziani del Rsa, perché l'utenza è assolutamente cambiata, è molto spesso un utenza sanitaria, quindi su quel dato bisogna lavorare. Ma c'è anche un altro dato, è inutile fare strumenti uguali per situazioni diverse. Parlo della Lombardia: noi abbiamo delle Rsa che vanno da 25 posti letto a centinaia, diverse centinaia delle grandi Rsa storiche, ai 6-700 posti letto. Vivono le grandi e misteriosamente vivono anche quelle piccole. Siccome la realtà, vivendo nel sociale, va ben al di là delle previsioni dei politici, dei legislatori, succede che vivono

anche cose che non dovrebbero vivere come dimensione, vivono perché magari sono insediate in un paese, in una comunità che si fa carico dei suoi anziani. Lo cito sempre: nella mia provincia c'è la casa di riposo che si chiama Madonna delle neve, che sta a Premana, che è l'ultimo paese della valle. E' una casa di riposo che se tu vai nel paese non ti accorgi neanche che c'è, intanto perché tipologicamente è una casa come tutte le altre e perché vede la rotazione di oltre 200 volontari che suppliscono tutta una serie di funzioni che altrimenti avrebbero dei costi elevatissimi. Suppliscono perché questa casa è un pezzo del paese, allora ovviamente se io prendessi questo esempio e volessi applicarlo su Milano farei una follia, non è così, però sta di fatto che nel nostro paese ci sono diverse tipologie di questi due estremi, tante modalità differenti sulle quali si può cercare di lavorare. Quindi diversità di risposta. C'è da valorizzare una attività che sta crescendo, quella dei centri diurni, dove gli anziani vengono accuditi nel corso della giornata, quindi anche questo è un grande dato importante. Con fatica nascono alcune residenze protette, alcune esperienze particolari, anche queste sono possibilità. C'è una varietà di mondo che la politica cercherà, almeno questa è la mia intenzione, già lo facciamo, cercherà di valorizzare. E' chiaro che a tutto ciò la questa risposta è la collaborazione fra pubblico e privato, il tema della sussidiarietà. In questo campo non è difficile capire perché la stragrande maggioranza della risposta è cresciuta negli anni ad opera di soggetti privati di tipo diverso, alcuni strettamente imprenditoriali, altri di tipo filantropico, altri nati da fattori religiosi e quindi è assolutamente normale che la programmazione tenga conto di questo. Ora, di fronte ai problemi che avete visto, la sfida è molto grande. Io credo che se rompiamo lo schema rigido che ancora a volte emerge quando si tratta di questi problemi - tutti uguale a tutti, tutto gratis per tutti ecc. - possiamo affrontare la sfida, un sfida che per i prossimi anni si presenta veramente forte. Basta, ringrazio di essere stato invitato oggi. Grazie.

FRANCESCO BOMBELLI:

Grazie e buon Meeting a tutti.