Poste Italiane SpA - Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma - Vol. XL

ISSN 0394-283X

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI
E INFORMAZIONE
SUI SISTEMI SANITARI

2/2016

FRG editore

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Mario Greco
Fondatore

Nicola Nante
Direttore responsabile

Direzione Scientifica

AREA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
Mastrobuono Prof. Isabella
Docente di Organizzazione Sanitaria, LUISS Business School di Roma

AREA SANITÀ PUBBLICA
Nante Prof. Nicola
Ordinario di Igiene, Resp. del Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Serv. San., Univ. degli Studi di Siena

AREA ECONOMIA E GESTIONE DELLA FILIERA DELLA SALUTE
Fontana Prof. Franco
Ordinario di Economia e Gestione delle Imprese, LUISS Guido Carli; Coordinatore dell'Area Pubblica Amministrazione, Sanità e Non Profit e Ufficio Gare, LUISS Business School

Comitato Scientifico

Alvaro Prof. Rosaria
Associata di Infermieristica generale clinica e pediatrica, Università "Tor Vergata", Roma

Braga Prof. Mario
Direttore Generale Gruppo IDI-S. Carlo di Nancy, Roma

Bucci Dr. Raffaela
Direttore Amministrativo, A.O. Umberto I, Roma

Capelli Prof. Giovanni
Preside Facoltà di Scienze Motorie, Università di Cassino

Carrara Dr. Gianfranco
Direttore Dip.to architettura e urbanistica per l'ingegneria, Univ. "La Sapienza", Roma

Cicchetti Prof. Americo
Ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Damiani Prof. Gianfranco
Associato in Igiene Generale e Applicata, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Dandi Dr. Roberto
Ricercatore di Economia e Gestione delle Imprese presso il Dipartimento di Impresa e Management della LUISS Guido Carli, Roma

Galletti Prof. Caterina
Docente laurea magistrale in scienze infermieristico-ostetriche, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Gasparri Dr. Cristina
Dirigente responsabile Area P.A. Sanità e Non Profit, e Ufficio Gare, LUISS Business School, Roma

Manzoli Prof. Lamberto
Direttore U.O. Epidemiologia e Management dell'Invecchiamento e Salubrità Ambienti Confinati, Fondazione "Università G. d'Annunzio", Chieti

Mascia Dr. Daniele
Ricercatore in Economia e gestione delle aziende sanitarie, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Mastrilli Dr. Fabrizio
Direzione Scientifica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

Messina Prof. Gabriele *Ricercatore MED 42, Univ. degli Studi di Siena*

Milano Prof. Gian Piero
Preside Facoltà di Giurisprudenza, Università "Tor Vergata", Roma

Moirano Dr. Fulvio
Direttore generale Sanità Regione Piemonte

Nonis Dr. Marino
Direttore Sanitario Ospedale "Cristo Re", Roma

Panà Prof. Augusto
Direttore Dip.to Sanità Pubblica, Università "Tor Vergata", Roma

Ricciardi Prof. Gualtiero Walter
Presidente Istituto Superiore di Sanità, Roma

Ruggeri Dr. Matteo
Economista, Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico "A. Gemelli", Roma

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Health Organization

QUARTERLY STUDIES AND INFORMATION ON HEALTH SYSTEMS

Anno XL - N. 2 Aprile-Giugno 2016

SOMMARIO / *SUMMARY*

Analisi del sistema di valutazione dei direttori generali delle ASL. Il caso Lazio

Analysis of the evaluation system of general managers of the ASL. The case of Lazio

P.L. IMPEDOVO, DANIELA RUNCI — 3

La chirurgia plastica post-bariatrica nella prospettiva di un trattamento multidisciplinare del paziente obeso. Considerazioni clinico-economiche

Post-bariatric surgery in the perspective of a multidisciplinary obese patient treatment. Clinic and economic considerations

M.E. FERRANTI — 57

Direzione, Redazione e Amministrazione
FRG Editore - Viale Gorgia di Leontini, 30
00124 Roma - Tel.: (39) 06.50912071 - Fax: (39) 06.50932756
http://www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Tribunale di Roma, n. 16664 del 27 gennaio 1977 (1ª registrazione)
Tribunale di Roma, n. 144 del 25 giugno 2013 (2ª registrazione)

Finito di stampare nel mese di Giugno 2016

Analisi del sistema di valutazione dei direttori generali delle ASL. Il caso Lazio

PIER LUIGI IMPEDOVO, DANIELA RUNCI
Controller ed internal auditor - Consulenti presso il Consiglio della Regione Lazio

Riassunto: Nel 2007 per la Regione Lazio è stato approvato il Piano di Rientro con l'obiettivo di riportare il Servizio sanitario regionale in condizioni di equilibrio economico finanziario, attraverso un sistema articolato di interventi, azioni e misure dirette all'individuazione di specifici obiettivi di risanamento, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Dopo quasi 10 anni è necessaria una riflessione sulle modalità di gestione del sistema sanitario, rendendo indispensabile valutare non solo i risultati economico finanziari ma, soprattutto, le performance in termini di appropriatezza e valore aggiunto offerto ai cittadini.

Perché ciò avvenga è necessario un approccio sistemico, di confronto tra i diversi servizi regionali e tra le aziende che li compongono, un sistema multidimensionale che permetta di descrivere il reale andamento delle variabili che compongono le azioni poste in essere dalle Aziende e dalla Regione, e soprattutto condiviso e trasparente.

Si rilevano, invece, le incongruenze con cui sono stati assegnati, dalla Regione Lazio, gli obiettivi ai direttori generali, senza che essi abbiano rappresentato le spinte motivazionali volte all'adeguamento dell'offerta al fabbisogno reale. Il controllo regionale, che rifugge da una valutazione oggettiva di tipo comparativo (la mancata adesione al network delle regioni della Scuola Sant'Anna di Pisa è emblematico), è lontano dall'effettuare ogni approfondimento pertinente, relativo all'effettiva attuazione delle azioni fondamentali e strategiche di salvaguardia della salute della popolazione.

Parole chiave: Performance, Valutazione, Salute, Direttori generali, Obiettivi

Abstract: *In 2007 for the Lazio region Re-entry plan was approved, the goal was to bring the regional health service in conditions of economic financial equilibrium, through a complex system of measures and actions aimed to identify specific objectives of fiscal consolidation, while respecting the essential levels of assistance. After nearly 10 years requires a quickening in procedures in the health care system, making it essential to assess not only the economic and financial results but, above all, the performance in terms of appropriateness and value it provides to citizens. To achieve the aim it is required a systemic approach, comparing the different regional services, and the Trusts that compose them, a multi-dimensional system that allows to describe the actual performance of both, and especially trasparency.*

It appears, instead, the inconsistencies with which the Region assigned the goals to general managers, not representing the motivational thrusts aimed to supply to the real needs. The endorsement of the regional control, which shrinks from an objective assessment of comparative (the non-adherence to the network of regions of school Sant'Anna of Pisa is emblematic), is far from making any relevant study on the effective implementation of the fundamental and strategic actions to safeguard the health of the population.

Key words: *Performance, Valuation, Health, General Manager, AIM*

Introduzione

Con il DCA n. U00248 del 12 giugno 2015 sono stati assegnati gli obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie della Regione Lazio, riferiti all'attività del 2015. Il documento ratifica anche il Regolamento inerente i criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Tali obiettivi sono stati individuati in seno all'Area della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria in coesione con il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio.

Gli obiettivi assegnati sono stati calibrati in considerazione della data di assegnazione e declinati in coerenza con le linee di azione descritte nei Programmi Operativi 2013-2015.

Il presente lavoro, frutto dell'analisi basata su un campione di due aziende sanitarie (ASL Roma 6, ASL Roma 1), vuole essere uno strumento di valutazione della congruità dell'assegnazione degli obiettivi da parte della regione in conformità ai piani operativi strate-

gici, dell'appropriatezza dei relativi indicatori e standard di misurazione e della veridicità dei dati forniti dalle direzioni aziendali. Vuole anche ponderare la capacità, da parte della Regione, di verificare l'attendibilità dei dati pervenuti oltre che la sua capacità di approfondimento e di merito degli obiettivi assegnati, mediante apposite azioni ed analisi. Altresì vuole verificare l'attendibilità stessa della valutazione da parte dell'OIV della Regione Lazio, ed infine essere uno strumento per elaborare un appropriato metodo di assegnazione e valutazione della performance che parta perlomeno dall'analisi delle criticità iniziali delle singole aziende in conformità alla domanda e all'ambiente esterno per arrivare alla completezza informativa relativa ai risultati raggiunti e alla oggettiva responsabilizzazione del management sanitario.

Quello che finora è apparso nella presente analisi non è altro che l'attribuzione di un ventaglio di obiettivi apparentemente coerente con il miglioramento del sistema sanitario in termini di assistenza, di appropriatezza e di efficienza ed efficacia. *Nei fatti, come si vedrà analiticamente nel campione osservato, per gli obiettivi generali sono stati utilizzati indicatori limitati o spesso insufficienti, e talvolta addirittura inappropriati, per misurare l'effettiva performance.*

Con un atteggiamento ritenuto superficiale, tali indicatori sono stati utilizzati, in Conferenza Stato-Regioni e, in maniera eclatante, nella Regione Lazio come strumento di monitoraggio dell'incapacità ricettiva piuttosto che sviluppare la capacità di razionalizzare l'utilizzo delle strutture con aggregazioni funzionali organizzative, si è scelto piuttosto di applicare tagli lineari, che ad oggi, nonostante la condivisione teorica della mancanza di strategia di tale impostazione, continuano a serpeggiare nelle disposizioni normative. Errore strategico e ben presente nei piani operativi, che hanno di fatto *contratto l'offerta senza aver determinato alcun beneficio in termini di riduzione dei costi*. E naturalmente neanche in termini di soddisfazione dell'utenza, che sempre più spesso rinuncia alle cure o si orienta, qualora ne abbia le possibilità, ad un pendolarismo assistenziale oppure a fruire del servizio privato.

L'appropriatezza stessa dovrebbe rappresentare una modalità procedurale di base per l'esecuzione delle azioni assistenziali, ma non un unico criterio di valutazione della qualità della presa in carico del paziente. Non possono non essere considerati anche tutti quegli indicatori relativi alla qualità clinica, alla capacità di risposta verso le emergenze, all'adozione di protocolli e tecniche atte alla riduzione del rischio clinico, nonché alla capacità di integrare le politiche del territorio con quelle ospedaliere in termini di presa in carico, alla continuità assistenziale e a percorsi diagnostici terapeutici sempre più focalizzati verso l'individuo piuttosto che verso una categoria o una patologia: i*n un'ottica volta al superamento del percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) per tendere al percorso assistenziale individuale, quale modello di integrazione con specifici indicatori di monitoraggio*.

Gli obiettivi stessi, oltre che ad esprimere livelli di azione spesso scontati, sono uniformi per aziende diverse con criticità assolutamente differenti, aziende, quindi, che devono soddisfare fabbisogni differenti. Tali obiettivi, spesso appaiono marginali rispetto al conseguimento di quelle che dovrebbero essere finalità di medio lungo periodo atte al soddisfacimento di una domanda che viene sempre più indotta a cercare offerte nel privato. Per non dire che questi non trovano assoluta aderenza con le priorità di miglioramento del sistema sanitario e soprattutto sono ponderati, sia tramite gli indicatori a cui si parametrano e sia tramite il sistema di verifica stesso, in modo che non sia effettiva e oggettiva la definizione, la verifica e la misurazione degli interventi fondamentali atti al miglioramento dell'offerta. *Insomma, viene assegnato un obiettivo senza valutare e verificare se siano stato attivate le leve stesse necessarie al suo conseguimento*.

Anche la facoltà di elaborazione e di risposta degli obiettivi stessi, lasciata all'interpretazione e spesso all'autovalutazione dei direttori generali, è talmente gravata dalla soggettività di interpretazione da consentire l'automatismo nel conseguimento di quanto assegnato, senza che poi vi sia una replica da parte degli organi giudicanti atta alla verifica effettiva della piena conformità tra l'intento e l'esito ottenuto.

A questo si aggiunge un sistema di valutazione regionale piuttosto discrezionale, attraverso l'attribuzione di criteri di verifica assolutamente incoerenti e non basati su indicatori oggettivi, misurabili e certi. Insomma, un sistema di opinioni e non di valutazioni, in cui la discrezionalità diventa quindi uno strumento di evidente condizionamento soggettivo delle nomine malgrado esista e sia possibile adottare oggettivi e certi metodi di misurazione non solo delle performance di tipo economico, ma anche delle performance inerenti la capacità di incidere sullo stato di salute della popolazione.

L'ordine del giorno presso il Consiglio Regionale del Lazio

L'assenza di elementi espliciti e condivisi in merito ai processi di selezione e sulle traiettorie di sviluppo del top management del SSN, rap-

presenta una delle più evidenti criticità del sistema di gestione sanitario al quale il Governo centrale tenta oggi di porre rimedio attraverso la creazione di un Albo nazionale unico nel quale inserire direttori generali con requisiti validati a livello nazionale.

Risulta infatti evidente che la qualità media dei curricula dei candidati alla Direzione Generale in termini di livello di approfondimento (presenza o meno dei dati previsti da un CV in formato europeo) delle informazioni riportate e della qualità della presentazione (in termini di organizzazione dei contenuti e grafica) è medio-bassa. Quasi il 70% del campione analizzato da uno studio CERGAS Bocconi ha conseguito una laurea in medicina e chirurgia. I medici sono seguiti dai laureati in giurisprudenza (13%), scienze politiche (4%), lettere e filosofia (4%) e sociologia (2%). In fondo alla classifica gli ingegneri e i laureati in economia (2% ciascuno).

Dall'analisi dell'assegnazione dell'incarico emerge che il ruolo di DG è considerato spesso un riconoscimento di fine carriera più che una professione che si sviluppa ed esercita nel tempo. Peraltro, la nomina in età matura e l'esercizio del ruolo di DG durante la parte finale della carriera, a cui segue il ritiro totale o parziale dalla professione, riduce la possibilità di rilevanti processi di mobilità tra settori, tra Regioni, dentro e fuori il SSN.

Altro tema delicato è rappresentato dall'ingerenza della politica nella gestione della sanità sulla quale si è recentemente espresso con un Parere epocale il Consiglio di Stato affermando la neutralità della figura del direttore generale e la sua valenza tecnica e la necessità di rispettare il giusto procedimento nella valutazione.

La struttura di *governance* disegnata per il SSN con la riforma del 1992, aveva originariamente posto molta enfasi sul ruolo strategico del DG. A questa centralità assegnata dal sistema non è però seguito un coerente sviluppo di un modello di formazione, selezione e crescita di un corpo professionale nazionale. Il quadro emergente, delineato dai tanti studi a riguardo, dimostra che i DG del SSN sono prevalentemente maschi, medici, professionalmente anziani, a fine carriera.

Nel 2014 presso il Consiglio della Regione Lazio è stato presentato un ordine del giorno, poi approvato ex art. 69 del regolamento, avente come oggetto l'Istituzione di un modello di "Performance Management" mediante Cruscotto Direzionale Multidimensionale. Tale modello individuava nel direttore generale (DG) la figura cardine nel modello di *governance*, quindi la figura a cui sono assegnate molte delle opportunità di sviluppo e miglioramento del sistema sanitario.

Ed è in questo contesto che è stata avviata la misurazione del management di alcune aziende sanitarie del Lazio mediante una analisi dei processi organizzativi. La direzione di sviluppo dei meccanismi di misurazione e management delle performance è stata orientata (considerando soprattutto i metodi valutativi applicati in Toscana ed in Lombardia) verso i sistemi multidimensionali, costruiti per tenere sotto controllo le diverse aree di governo (economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, dei rapporti con i clienti, con le istituzioni, ecc.) (fig. 1).

Fig. 1 - Dal controllo di gestione alla gestione del valore con i sistemi di management delle performance all'engagement dei professionisti *(Fonte: Cattabeni, Lega, Vendramini, 2004)*

Cruscotto e indicatori

"Lo scopo di definire un Cruscotto Direzionale Multidimensionale (CDM) è quello di creare uno strumento utile all'elaborazione e al controllo delle strategie e alla valutazione della performance aziendali, nonché un contributo rilevante alla ricerca di una maggiore trasparenza nei confronti degli stakeholder e dei cittadini, nell'ottica della rendicontazione sociale.

Un buon CDM direzionale deve essere in grado di rilevare e rappresentare la performance d'azienda attraverso: indicatori «sempre validi», con potenziale diagnostico elevato indipendentemente da obiettivi strategici specifici; indicatori specifici, da attivare in presenza di obiettivi strategici definiti e delle correlate leve azionate e iniziative strategiche perseguite per evitare il rischio di omologazione". (Federico Lega, Rapporto OASI 2013).

Per questo gli indicatori di performance che devono essere scelti sono il punto di arrivo di un processo logico e razionale di orientamento dei comportamenti. *Processo che, nel Lazio, sembra del tutto assente se analizziamo sia la qualità*

stessa di assegnazione degli obiettivi che esulano da una visione strategica atta al soddisfacimento del bisogno e sia se analizziamo la qualità degli indicatori su cui si parametrano.

Quali dovrebbero essere le caratteristiche presenti in un indicatore di performance? Dovrebbero rispondere ai seguenti parametri:

- rilevanza (è la misura corretta della performance che vogliamo misurare?);
- focus (stiamo misurando esclusivamente quello che pensiamo di misurare?);
- standardizzabilità (i dati saranno sempre raccolti allo stesso modo, indipendentemente da chi faccia la misura?);
- comprensibilità (ci potrebbe essere un'ambiguità nell'interpretazione dei risultati?);
- conformità (include tutti quegli elementi che potrebbero rendere non eludibile il conseguimento dell'obiettivo).

I migliori indicatori, inoltre, sono quelli che supportano con approfondimenti successivi (*drill down*) la possibilità, una volta visualizzato il dato di sintesi relativo ad una dimensione di analisi, di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti. Sono quelli che si prestano nel miglior modo possibile ad evidenziare le cause sottostanti al conseguimento di un obiettivo, spesso non affatto evidenti tra le leve che vengono prese in considerazione.

Il metodo di selezione degli indicatori dovrebbe prevedere:

- assegnazione di un punteggio unico per ciascuna azienda da parte degli staff coinvolti su una scala 1-5 (di cui min = 1 e max = 5) alle seguenti variabili: *rilevanza indicatore* (R) e *accessibilità dei dati* (A);
- assegnazione di un valore di sintesi al singolo indicatore (c.d. «consistenza» dell'indicatore) attraverso la moltiplicazione dei punteggi assegnati alle due variabili (R*A, da un minimo di 1 ad un massimo di 25);
- definizione del valore di sintesi complessivo per l'indicatore attraverso la media dei valori di sintesi aziendali;
- calcolo dei 4 quartili per ogni dimensione di performance al fine di stabilire le fasce di consistenza degli indicatori (le migliori valutazioni complessive sono relative alle fasce verde e gialla, le peggiori, fasce rossa e arancione).

Perché misurare

L'atto di misurare induce l'organizzazione e le persone a comprendere più facilmente gli aspetti problematici delle proprie prestazioni. *L'impossibilità ad effettuare una misurazione o l'intangibilità degli obiettivi, o ancora l'inadeguatezza degli indicatori attribuiti alla valutazione di un obiettivo, vanificano questo intento.* Quindi la misurabilità deve essere affiancata dalla pertinenza stessa degli indicatori nel raggiungimento di tale fine. Solo la misurabilità può attivare il cambiamento e annullare l'autocelebrazione o la ripetizione delle criticità.

Quali potrebbero essere le leve che inducono al miglioramento se risulta impossibile misurare correttamente una prestazione? *È evidente che il sistema di valutazione regionale del Lazio sta tardando non poco nell'introdurre dei sistemi evoluti di misurazione oggettiva delle prestazioni.* Le motivazioni sono svariate. Tra le principali si evidenziano le non sufficienti e non presidiate pressioni di natura economica, competitiva e normativa, spesso assecondate o anteposte a logiche di interesse ben più pervasive e pressanti e la resistenza dei professionisti. L'intangibilità della misurazione diventa elemento di autocelebrazione professionale, ma nel contempo si presta al perseguimento di comportamenti poco virtuosi in termini di efficacia ed efficienza.

Ma l'elemento principale è rappresentato essenzialmente da un deliberato indebolimento strutturale della funzione di programmazione e controllo delle prestazioni istituzionali erogate.

La misurazione degli obiettivi e gli indicatori devono abbinare la dimensione del costo all'analisi del processo che attraversa l'organizzazione, alla conoscenza dei meccanismi di erogazione del servizio, quindi deve orientarsi verso meccanismi più ampi di tipo multidimensionale. Un esempio per tutti: il problema della *governance* delle liste di attesa. In genere tale problema viene attribuito a modalità organizzative legate all'assenza di risorse o sovradimensionamento della domanda. I fattori organizzativi che agiscono direttamente e indirettamente sul fenomeno, quindi le leve e gli indicatori che andrebbero monitorati e che hanno un'*influenza elevatissima sul processo* e sulle modalità di erogazione della prestazione sanitaria, *non vengono monitorati* o considerati strategici.

Sovente nelle aziende sanitarie del Lazio non viene effettuato un budget potenziale delle prestazioni ambulatoriali specialistiche erogabili in base alle risorse umane possedute, basandosi sui nomenclatori di categoria atti a stabilire tempi e modalità di erogazione delle prestazioni. Alcuni campionamenti effettuati sulle attività delle aziende sanitarie laziali hanno dimostrato che la produttività dei medici sumaisti, che dovrebbero fronteggiare la domanda di prestazioni specialistiche, evidenziava livelli bassissimi rispetto ai parametri stabiliti dai tempari di categoria. Il basso livello di produttività spesso è dovuto essenzialmente alla mancata conoscenza e monitoraggio del processo di erogazione. Un ulteriore fattore comunemente non considerato è

l'informatizzazione stessa del citato budget delle prestazioni e il relativo monitoraggio a sistema, quindi la controllabilità nel suo avanzamento. Altro fattore ancora di tipo organizzativo e di processo è poi quello legato all'inserimento dei singoli ambulatori aziendali e del relativo tempo di apertura degli stessi, nelle agende di prenotazione ReCUP. È stato riscontrato che un numero elevatissimo di ambulatori, seppur aperti al pubblico, non vengono inseriti nella disponibilità effettiva di prenotazione mediante ReCUP. Quindi un sistema di controllo legato a questo inserimento agevolerebbe ulteriormente la riduzione delle liste. Altro fattore non monitorato è la chiusura, spesso deliberata, delle agende di prenotazione ReCUP. Tale fattore comporta che un indicatore attualmente utilizzato per il monitoraggio delle liste di attesa, ovvero il tempo di attesa, diventa *assolutamente inutile e irrilevante ai fini del monitoraggio del fenomeno*. La chiusura di un'agenda comporta infatti che il tempo di attesa possa effettivamente restare relativamente basso, quando nel contempo risulterebbe impossibile per l'utenza la prenotazione. È il tipico caso dell'utilizzo di un indicatore non rilevante e inappropriato, dovuto alla mancata conoscenza del processo e all'assenza del sistema di controllo dello stesso. Altro fattore determinante è la disponibilità di un ambulatorio specialistico non aderente al fabbisogno assistenziale del territorio, mentre sono carenti quelle discipline che dovrebbero rispondere adeguatamente alla necessità assistenziale. Altro fattore ancora è legato all'erogazione delle prestazioni in regime libero professionale. *Il conflitto di interessi* legato all'erogazione di queste prestazioni si manifesta in quei medici che avrebbero obbligo al contempo di erogare prestazioni istituzionali.

La *conoscenza di un processo*, in questo caso molto complesso e articolato, *comporta necessariamente anche l'implementazione di un sistema di pianificazione e controllo* che si fondi su indicatori appropriati, rilevanti, focalizzanti, pertinenti e soprattutto che favoriscano l'oggettiva misurabilità anche al di fuori delle logiche strettamente economiche. Quindi che abbraccino una logica multidimensionale. Multidimensionalità significa quindi costruire un sistema per tenere sotto controllo le diverse aree di governo, di quella economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, per arrivare ai rapporti con gli utenti, con le istituzioni, ecc.

Le dimensioni da monitorare e la complessità del controllo

"*Negli scorsi decenni, i sistemi aziendali di performance management nel settore sanitario, nella maggior parte dei casi applicati in contesto ospedaliero, non sono serviti a implementare e monitorare l'attuazione della strategia, quanto piuttosto sono stati utilizzati come strumenti di monitoraggio delle attività interne (Kollberg, Elg, 2011). In questo modo, essi hanno fallito nell'obiettivo di portare a un miglioramento della qualità e dell'erogazione dei servizi, generando in alcuni casi effetti negativi sulle caratteristiche dei servizi e de-professionalizzazione degli operatori (Adcroft, Willis, 2005). Un altro elemento di debolezza dei sistemi fino ad ora adottati è stata la mancata attenzione all'influenza di fattori collegati alle policy e il regime di regolazione del settore (Tawfik-Shukor et al., 2007), dimostrando una focalizzazione troppo orientata all'interno dell'azienda e in misura molto inferiore verso l'ambiente in cui essa opera*".

Il passo ulteriore che viene oggi richiesto alle Aziende sanitarie è, invece, quello di rileggere le performance aziendali in un'ottica completa, collegando i risultati annuali agli obiettivi aziendali di medio-lungo periodo e, soprattutto, valutando l'attuazione e l'impatto delle scelte strategiche realizzate sul sistema aziendale nel suo complesso, prevedendo forme innovative e comprensibili di rappresentazione e monitoraggio dell'andamento aziendale (Lynch, Cross, 1991; Fitzgerald et al., 1991; Kaplan, Norton, 1992; Chow et al., 1998).

I sistemi multidimensionali di valutazione delle performance nel settore sanitario sono state implementate inizialmente nei paesi di origine anglosassone per misurare prestazioni e qualità delle cure negli ospedali e favorire la possibilità di scelta delle strutture da parte degli utenti. Un esempio su tutti è lo *Star Rating System* del NHS inglese la cui evoluzione è oggi denominata *Annual Health Check*.

L'*Integrated Performance Measurement Systems* (IPMS) è composto da cinque sistemi interconnessi:

- indicatori di performance per business attività o compito (*operational units*), assimilabili a quelli che abbiamo descritto per individuare standard finalizzati all'efficacia ed efficienza operativa in ambiti di attività omogenei;
- indicatori di performance orientati ai processi per verificare l'allineamento dei business, attività e compiti (*local management system*). In tale caso sarebbero utili attività di auditing interno in cui vengano puntualmente individuati i processi con le loro criticità dai quali estrapolare eventuali standard di verifica;
- definizione delle priorità strategiche cui allineare indicatori di business e di processo (*tactical management system*);
- definizione delle esigenze strategiche provenienti dal contesto esterno per individuare margini di miglioramento (*developmental sy-*

stem), in cui il processo di feedback o di soddisfazione dell'utente o il livello misurato di compensazione della domanda possono trasformarsi in indicatori orientativi;

- definizione delle politiche e degli obiettivi di fondo dell'azienda (*corporate priorities and targets*).

Esempi italiani

Il modello di misurazione predisposto per le Aziende sanitarie pubbliche della Regione Lombardia è stato strutturato per raggiungere molteplici obiettivi:

- essere collegato agli strumenti istituzionali (regionali e comunali) di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria, ospedaliera o territoriale;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatorie;
- misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance;
- consentire confronti tra aziende del sistema sanitario regionale (*benchmarking*).

Risulta evidente come tale impianto punti essenzialmente sul livello di integrazione tra ambiente, territorio, struttura e fondi il proprio sistema di valutazione sulla capacità di comunicazione e sull'ottimizzazione del sistema di trasferimento informativo. Anche gli strumenti di programmazione annuale tra i diversi enti diventano strategicamente integrate tra loro e vengono comunque collocate in un ordine gerarchico finalizzato all'ottimizzazione del coordinamento basato sui seguenti livelli:

1) un livello istituzionale di ordine strategico che definisce gli indirizzi di fondo pluriennali (PSSR) e annuali (regole) a cui le aziende sanitarie pubbliche sono tenute ad attenersi;

2) un livello strategico aziendale che declina a livello di singola realtà gli indirizzi strategici regionali;

3) un livello direzionale e operativo dove trovano collocazione gli strumenti di programmazione di breve periodo (budget, obiettivi e programmi aziendali).

Tali livelli, pur implicando una stretta integrazione, tendono a facilitare l'omogeneizzazione dei processi e la rapida implementazione delle strategie governate gerarchicamente.

Questo fattore, che determina gerarchicamente l'ordine di priorità degli interventi nell'ambito delle varie dimensioni, diventa importante proprio ai fini del controllo delle sinergie che vengono richieste ai vari livelli.

Le principali dimensioni di valutazione nel modello Lombardo, relative alla fase di programmazione, sono state individuate in:

economicità: intesa come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale e indebitamento;

efficacia esterna (impatto sui bisogni): riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività, cui è chiamata a far fronte, attraverso la sua attività caratteristica, quindi identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno e in particolare in termini di risposta ai bisogni. Tale dimensione misura gli esiti clinici (*outcome*) delle cure, nonché la loro appropriatezza, in linea con gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale;

efficacia organizzativa: include vari aspetti tra cui il modello organizzativo, la formazione, lo sviluppo delle competenze, il benessere organizzativo e le pari opportunità;

efficacia interna: misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità.

L'efficacia e l'efficienza, raggiungibili mediante l'ottimizzazione dei processi, devono comunque conformarsi alla soddisfazione dell'utenza, alle richieste dell'ambiente. Quindi cosa soddisfare e come farlo diventano le basi per l'elaborazione degli indicatori.

Ne segue pertanto la misurazione delle performance gestionali in termini di:

efficienza: vengono sviluppati quegli indicatori che mettono in risalto la quantità di risorse impiegate per erogare una determinata prestazione, stabilendo però degli standard che ne parametrino la misurazione;

la qualità dei processi e dell'organizzazione: si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata alla gestione dei processi sanitari e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico-organizzativa;

qualità dell'assistenza: esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità della prestazione fornita al paziente. In questo caso si sarebbe potuto introdurre anche un monitoraggio più esteso che avrebbe dovuto presumere anche il fabbisogno preventivo di salute e non soltanto la misurazione della cura;

appropriatezza: intesa come appropriatezza organizzativa, ossia si valuta quando una prestazione o un servizio vengono erogati in condizioni che consentono di utilizzare una quantità «appropriata» di risorse, ponendo l'enfasi

sull'utilizzo intrinseco delle risorse. Gli indicatori in tale ambito sono più complessi in quanto presumono la conoscenza standard di un processo ottimale atto all'erogazione di un servizio;

accessibilità e soddisfazione dell'utenza: l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni da parte degli utenti, la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

La Regione Toscana invece ha introdotto un sistema di valutazione della performance particolarmente articolato conosciuto come «bersaglio». Il *performance measurement system* è considerato uno strumento di governo del sistema sanitario regionale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo; il governo della spesa è integrato con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino (Nuti, 2008). È un sistema che adotta come oggetto la performance organizzativa di ogni azienda e il modello di valutazione è utilizzato non solo dal governo regionale, ma risulta essere un importante strumento anche per le singole aziende. Queste ultime possono identificare il loro posizionamento rispetto alle altre organizzazioni che operano all'interno del sistema sanitario regionale o anche nazionale, consultando un cruscotto che esplicita graficamente la performance.

In quest'ottica il *benchmarking* o confronto interaziendale basato su indicatori misurabili e chiari, porta a conseguire un duplice obiettivo: con *l'oggettività e la misurabilità della prestazione viene resa evidente anche la capacità manageriale del direttore generale, pubblicizzando la "reputazione" del manager*; inoltre diventa più facile canalizzare la strategia gestionale verso quelle leve che rappresentano i correttivi di specifiche criticità rese evidenti dagli indicatori di performance stessi.

Anche in questo caso i livelli di monitoraggio si articolano su due diversi livelli di erogazione del servizio (ospedaliero, territoriale) e considerano la misurazione del risultato in base a:

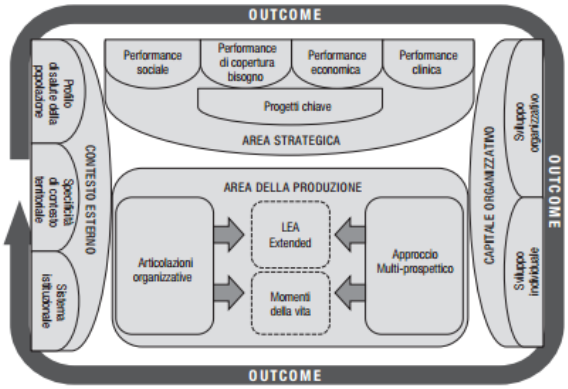
- soddisfazione dell'utente per la qualità dei servizi ricevuti, e livello di integrazione e partecipazione alla definizione degli stessi;
- qualità clinica e sanitaria;
- appropriatezza e continuità di cura anche in base all'aderenza ai programmi operativi regionali;
- capacità di mantenere l'equilibrio economico finanziario e gestionale.

Come è articolato un cruscotto secondo il modello toscano:

Il CDM direzionale si articola in quattro aree.

Un'area tende a monitorare il *contesto esterno*, l'ambiente e le sue dinamiche, necessari a definire il modello strategico da perseguire. Gli indicatori che devono rappresentare sinteticamente il fabbisogno di salute della popolazione lo descrivono utilizzando ottiche temporali medio lunghe. Il cruscotto ripartisce quest'area in tre dimensioni: quella che definisce il *profilo di salute della popolazione* attraverso indicatori sull'incidenza di alcune malattie, sulle potenziali cause di mortalità, sulle cronicità, ecc. La *specificità del contesto* per varianza economica e sociale, come la ripartizione per stato sociale, età, scolarizzazione, o stili di vita della popolazione ed infine *il sistema istituzionale* (fig. 2).

Fig. 2 - L'architettura del CDM



Nella dimensione «profilo di salute della popolazione» troviamo:

- tasso di mortalità infantile per 1.000 nati vivi;
- speranza di vita alla nascita;
- tasso di incidenza patologie croniche per 1.000 abitanti;
- tasso di mortalità per le prime quattro cause di morte secondo l'OMS;
- tasso di mortalità per tumori;
- tasso di mortalità per patologie dell'apparato cardiovascolare;
- tasso di mortalità per patologie ischemiche;
- tasso di mortalità per BPCO e infezioni polmonari.

Per la dimensione «specificità del contesto territoriale»:

- tasso di obesità della popolazione;
- incidenza della popolazione per fasce d'età.

Per la dimensione «sistema istituzionale»:

• vincoli sul turnover del personale derivanti da fattori esterni (normativa);
• variazione percentuale dei tetti regionali;
• variazione spesa per acquisti di beni e servizi.

L'*area strategica* ingloba tutti gli indicatori necessari al monitoraggio dei fenomeni attinenti il perseguimento della soddisfazione dei fabbisogni della popolazione e delle modalità con cui si eroga il servizio, nonché l'efficienza e l'efficacia del processo di erogazione e del servizio erogato, il livello di appropriatezza nell'uso delle risorse, la capacità di sopravvivenza dell'azienda nel lungo periodo in base alla capacità di impiego ed investimento delle risorse possedute, l'appropriatezza della prestazione clinica.

Tra gli indicatori attribuibili a tale area ne elenchiamo alcuni:

Per la dimensione «*performance sociale*»:
• tasso di fuga (mobilità passiva) per ricoveri o specialistica ambulatoriale;
• tempo medio pagamento fornitori;
• % segnalazioni scritte negative pervenute all'URP;
• tasso di assenteismo.

Per la dimensione «*performance clinica*»:
• % fratture femore operate entro 48 ore;
• tasso di mortalità intraospedaliera approfondibile secondo la logica *drill-down*.

Per la dimensione «*performance di copertura del bisogno*»:
• tasso di adesione agli screening;
• tasso di ospedalizzazione standardizzato.

Per la dimensione «*performance economica*»:
• indice di liquidità;
• redditività EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*);
• indice di disponibilità.

Per la dimensione «*progetti chiave*»:
• stato avanzamento progetti;
• scostamento costi dei progetti;
• indicatori specifici di qualità del progetto.

L'area della produzione prende in considerazione gli aspetti inerenti ai processi di erogazione del servizio attuati presso l'azienda nelle sue articolazioni organizzative. Attraverso questo si monitorano (o si dovrebbero) le prestazioni e il livello di erogazione dei singoli presidi, distretti, dipartimenti e possibilmente unità operative e centri di responsabilità. Alla base dovrebbe esistere un sistema funzionante di pianificazione e controllo in grado di assegnare il budget per centro di costo basandosi su indicatori standard.

Nel controllo operativo vi rientra anche la misurazione per livelli essenziali di assistenza quali cure primarie, accessibilità, assistenza ospedaliera e residenziale, prestazioni socio sanitarie, ecc.

Esempi di indicatori area «della produzione

Per la prospettiva «*economico-finanziaria*»:
• valore del risultato economico (ASL);
• incidenza del costo per consumi (ASL e AO);
• consumi diagnostici;
• consumi protesi;
• consumi farmaci ed emoderivati;
• consumi complessivi beni sanitari;
• incidenza del costo per acquisto di beni e servizi (ASL);
• indice di fatturato (DO o DH) per posto letto (AO);
• incidenza del fatturato prestazioni ambulatoriali (AO).

Per la prospettiva «*dei processi*»:
• degenza media (complessiva o pre-operatoria);
• tasso occupazione posti letto per ricoveri ordinari;
• indice di rotazione posti letto;
• tasso di occupazione sala operatoria;
• % dimissioni protette su totale dimessi.

Per la prospettiva «*del governo clinico*»:
• % parti cesarei NTSV;
• tasso operatorio.

Per la prospettiva «*della ricerca e innovazione*»:
• incidenza delle alte tecnologie;
• tasso di obsolescenza tecnologie (alte e medie);
• produzione scientifica.

Un'ulteriore area è quella riferita alla capacità aziendale di ottimizzare i processi organizzativi interni. Vi rientrano aspetti legati allo sviluppo delle risorse umane, alla formazione, ma anche ai sistemi di comunicazione interni ed esterni, ai valori aziendali e alla capacità di trasmetterli, alla capacità di fronteggiare la risposta alla domanda in base alla complessità del bisogno e coerentemente con l'applicazione di un modello organizzativo. Sistemi di budgeting, informativi, di marketing, meccanismi operativi, auditing interno e capacità di correzione, sono strumenti fondamentali al fine della conduzione aziendale verso i suoi obiettivi e la sua *mission*.

Sono la colonna portante del processo di aziendalizzazione delle ASL in quanto strumenti aziendali attraverso cui si esercitano in maniera più trasparente e coordinata rispetto al passato i processi decisionali, svincolandoli almeno parzialmente dalle logiche di potere organizzativo fondato sulle gerarchie.

Esempi di indicatori area «capitale organizzativo»

Per la dimensione «*sviluppo organizzativo*»:
• grado di rispetto delle tempistiche di budget;

• capacità di assegnazione budget per indicatori standard;

• budget per unità operativa e cruscotto economico con indicazione margine contribuzione;

• grado di informatizzazione degli acquisti aziendali;

• indice di copertura HTA per tecnologie acquisite;

• numerosità degli accessi al sito internet aziendale.

Per la dimensione «*sviluppo individuale*»:

• grado di differenziazione delle premialità dei sistemi di valutazione;

• livello di formazione ECM;

• mappatura delle competenze delle risorse umane.

In sintesi lo strumento definito dal Sant'Anna, di evidenza multidimensionale, realizza un sistema di indicatori sovrapposti ed interrelati, che dal dettaglio delle determinanti dei fenomeni, permette di ottenere una serie di dati di sintesi che descrivono la capacità di governo della dimensione.

L'attuale processo di valutazione nella Regione Lazio: il DCA 248 del 12 giugno 2015

Il primo aspetto evidente: gli obiettivi che dovrebbero essere conseguiti nell'anno 2015 vengono assegnati ai direttori generali a metà anno 2015, così come alcuni obiettivi del 2014 sono stati assegnati ai direttori generali addirittura a luglio dello stesso anno da raggiungere entro il mese di dicembre. Il monitoraggio e la valutazione sono sviluppate comparando i dati di avvicendamento sui semestri. Un semestre non è un periodo sufficiente per effettuare valutazioni riferite ad interventi sui LEA, qualità clinica, organizzativa e attuazione di programmi complessi. Malgrado questo vengono assegnati obiettivi ripartiti nel seguente modo:

• l'Allegato A, che forma parte integrante del decreto, contiene il "*Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali delle Aziende del SSR*";

• l'Allegato B, contiene i cosiddetti "*Obiettivi preliminari*", ovvero quelli riferiti agli adempimenti dei LEA, nel quale sono indicati, per ciascuna Azienda, gli obiettivi, gli indicatori, i pesi, i risultati attesi, nonché la procedura da osservare e le Aree della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria preposte alla valutazione degli obiettivi assegnati. Producono un solo moltiplicatore e l'ambito di monitoraggio è ripartito in:

- adempimenti LEA (punto e) della griglia LEA
- raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario
- obblighi formativi (punti c2 e c3) della griglia LEA;

• l'Allegato C è costituito dagli indicatori utilizzati dal Network delle Regioni, ovvero quegli indicatori che avrebbe dovuto consegnare la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ma che *non ha curato e trasmesso in quanto la Regione Lazio si è ritirata dal progetto di inserimento nel network*. Nonostante ciò, *producono un punteggio pari a 30/100 essendo riportato nel medesimo allegato che* "Il relativo punteggio sarà reso noto quando l'SSSA comunicherà alla Regione Lazio i dati sulle percentuali di raggiungimento di ciascun obiettivo";

• l'Allegato D è costituito dagli obiettivi tematici (obiettivi di budget) che riguardano vari contesti aziendali, da quelli del governo clinico a quelli legati al contenimento della spesa, a quelli riferiti ai LEA. Producono un punteggio pari a 70/100 e l'ambito di monitoraggio prospettato è ripartito in:

- investimenti;
- appropriatezza ed esiti delle cure;
- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- assistenza territoriale;
- prevenzione e screening;
- governo delle liste di attesa;
- assistenza farmaceutica;
- controlli analitici;
- formazione.

Già questa ripartizione evidenzia come alcuni obiettivi contenuti nelle tabelle si sovrappongano con gli altri e contribuiscano poi alla ridondanza valutativa.

La Regione ha chiesto alle varie direzioni la trasmissione entro il 31 gennaio 2016 del file riepilogativo relativo all'anno 2015 utilizzando sempre le schede contenute nel decreto commissariale, accompagnato da una sintetica relazione esplicativa.

In questo contesto, gli Autori della presente ricerca, in seno al Consiglio Regionale, hanno richiesto gli atti alla Giunta Regionale al fine di acquisire tutte le risposte dei direttori generali inclusive di relazione. A seguito di tale acquisizione si è proceduti all'analisi capillare sia degli obiettivi che delle risposte. Successivamente è stata inviata un'ulteriore richiesta di accesso agli atti rivolta a due aziende campionate (Roma 6 ed ex Roma E), per valutare l'obiettività delle risposte e al contempo come e in che modo gli indicatori siano stati ponderati per il conseguimento degli obiettivi espressi, nonché per richiedere tutti i documenti necessari per aval-

lare, non tanto il conseguimento dell'indicatore di misurazione, ma l'attuazione vera dell'obiettivo stesso, specialmente nel caso di non pertinenza o rilevanza dell'indicatore utilizzato.

Seguiranno nei prossimi mesi, secondo il decreto commissariale, le seguenti fasi valutative, così come espresso nel Documento:

entro il 31 luglio 2016 - fatta salva la data di approvazione dei bilanci - la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria, avvalendosi delle aree regionali competenti e del Dipartimento di Epidemiologia del SSR/ASL RME, fornirà all'OIV Regionale le risultanze della propria valutazione ("Relazione della Direzione Regionale") in ordine al raggiungimento degli obiettivi - per un punteggio massimo di 70/100 - da parte di ciascun direttore generale e le eventuali relazioni di scostamento;

entro il 30 ottobre 2016, l'OIV, sulla base della relazione trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria e, *previo incontro con gli interessati se opportuno o necessario*, acquisito il parere di cui all'art. 3-*bis*, comma 6 del D.Lgs. n. 502/92 e smi dalla Conferenza Locale per la Sanità, istituita ai sensi degli articoli 12 e 13 della L.R. 16 giugno 1994 e smi, provvederà alla valutazione finale e ne trasmetterà le risultanze al Commissario ad acta, indicando il punteggio complessivamente conseguito da ciascun direttore generale.

In sintesi:

- nell'assegnazione degli obiettivi non è stato seguito alcun criterio di valutazione multidimensionale che segua una logica di ripartizione per dimensione o area tematica;

- non sono stati utilizzati indicatori di misurazione multidimensionali, ovvero in grado di relazionare la qualità del servizio erogato ad elementi relativi a criteri di efficienza produttiva e di costo;

- non si è partiti, per formulare l'obiettivo, da un'analisi del fabbisogno reale e delle criticità organizzative esistenti;

- nello stesso allegato sono presenti obiettivi che rappresentano dimensioni differenti, e che si ripetono anche in altri allegati creando presupposti di ridondanza valutativa e irrilevanza del risultato;

- gli indicatori, anche se raggiunti, non dicono molto sull'effettivo conseguimento dell'obiettivo e in taluni casi lasciano intendere che non si conosca affatto il processo operativo sottostante necessario al conseguimento dell'obiettivo stesso;

- si lascia ampio spazio all'autodichiarazione dei direttori generali in merito sia alla formulazione dell'obiettivo in sé e sia alla formulazione della risposta;

- è stato inserito un allegato che produce comunque punteggio, che millanta la valutazione dell'obiettivo da parte della SSSP malgrado la Regione abbia rifiutato di inserirsi nel network estromettendo conseguentemente la Scuola da qualsiasi attività valutativa;

- sono stati assegnati obiettivi identici a realtà aziendali con fabbisogni sanitari e condizioni, differenti, anche di partenza in termini di stato di salute della popolazione e domanda;

- molti indicatori o sono privi significato o di pertinenza o ininfluenti ai fini di una valutazione gestionale, o sono facilmente raggiungibili in quanto non determinati mediante benchmarking;

- la valutazione dei risultati sul semestre rispetto a quello precedente non dà assolutamente elementi sufficienti per parametrare e valutare la qualità dell'azione e facilita di molto il conseguimento dell'obiettivo mediante irrilevanti interventi;

- esiste non pertinenza degli obiettivi rispetto ai programmi operativi di cui dovrebbero essere attuazione e non pertinenza degli indicatori stessi rispetto agli obiettivi;

- in base a quanto avvenuto nella valutazione degli obiettivi del 2014 da parte della direzione regionale e dell'OIV, viene lasciato un elemento di assoluta discrezionalità a tali organismi nella valutazione tale da vanificare qualsiasi intento di misurabilità oggettiva dei risultati conseguiti.

Partire dal contesto ambientale per assegnare gli obiettivi: dimensione stato di salute della popolazione

Si è detto che la dimensione da considerarsi punto di partenza e di arrivo è quella attinente allo *stato di salute della popolazione*. È una dimensione che rappresenta a consuntivo la conseguenza delle politiche sanitarie attuate negli anni precedenti, e ovviamente fornisce i dati fondamentali all'orientamento futuro. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la situazione di partenza del Lazio e nello specifico delle aziende prese come campione al fine di valutare la congruenza degli obiettivi assegnati in base alla situazione ambientale di partenza.

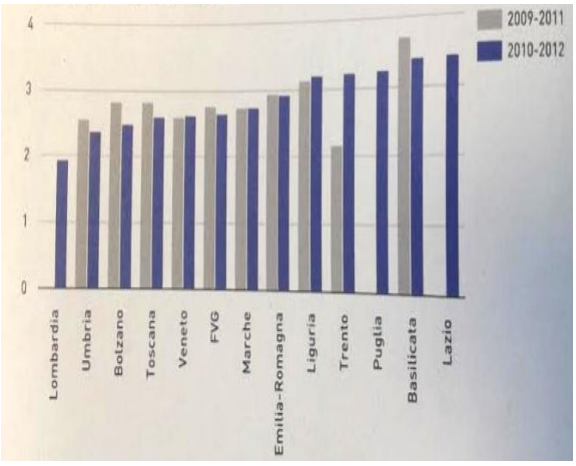
Nella realtà, il rifiuto da parte della Regione Lazio di essere inserita nel network delle regioni, nasconde essenzialmente la volontà politica di millantare risultati raggiunti omettendo i dati reali e soprattutto evitando scrupolosamente qualsiasi comparazione con le altre regioni. Il *benchmark* del network condanna il Lazio come una delle peggiori regioni italiane in termini di erogazione dei servizi sanitari, ed in termini di stato di salute della popolazione.

Conducendo l'analisi sugli indicatori principali realmente monitorati, si parta dal tasso di mortalità infantile, che esplicita sia il livello di salute del bambino nonché la qualità delle cure da parte della famiglia e dell'ambiente in cui è inseri-

to. I fattori che comportano la mortalità infantile infatti non sono tutti riconducibili ad una dimensione sanitaria o di qualità delle cure, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali. Per esempio può incidere l'età della madre, il suo stesso stato di salute, o le condizioni abitative della famiglia, il livello di attenzione, il degrado ambientale, il livello di urbanizzazione e di accessibilità dei servizi basilari, anche lo stesso reddito familiare, la capacità di acquisire informazioni, la trasmissione di malattie, ecc.

Il tasso di mortalità durante il primo anno di vita è superiore a quello di tutto il network delle regioni monitorate dalla SSSP. Il Lazio raggiunge circa il 3,5 per mille di mortalità, quando la Lombardia si attesta a valori ben al di sotto del 2 per mille. Le aziende campionate per il presente studio, ovvero i territori della Roma 6 (ex Roma H) e della Roma 1 (ex Roma E), presentano dati del tutto discordanti tra loro. *La situazione è preoccupante per quanto riguarda la Roma 6 in cui il livello di mortalità infantile tende a valori prossimi al 5 per mille! Uno dei valori più alti a livello nazionale* (fig. 3).

Fig. 3 - Incidenza mortalità nel primo anno di vita



Nel territorio della Roma 1 il livello è leggermente superiore al 2 per mille, fenomeno su cui incide sia la presenza di strutture ospedaliere, sia le condizioni socio-economiche-ambientali migliori rispetto a quelle dei Castelli romani. Sarebbe a questo punto lecito chiedersi come mai non siano stati dati obiettivi differenziati per singola ASL e soprattutto individuare indicatori atti a monitorare componenti quali:

- numero di controlli effettuati sulla popolazione da parte dei pediatri;
- effettuazione di *burn out* da parte dei PLS a seguito di mancato controllo;
- informatizzazione per scheda individuale pazienti e condivisione dato;
- politiche attuabili anche mediante piani di zona per controllo sociale popolazione;
- rapporto dettagliato su cause di morte;
- procedure attuate per arginare fenomeno in termini di presa in carico famiglie con figlio entro primo anno di vita.

La Regione Lazio ha assegnato gli obiettivi sulla mortalità pediatrica per la valutazione degli interventi di miglioramento e monitoraggio dello stato di salute della popolazione così come riportato nella tabella 1 (tab. 1).

Il Gruppo di lavoro consiliare, al fine dello studio in oggetto, ha richiesto alle due ASL di riferimento ulteriore documentazione per analizzare meglio le azioni messe in essere per ridurre la mortalità pediatrica e cioè:

- copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite 8, pertosse, Hib);
- n. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2015;
- n. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015.

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: tutte ≥ 95%; tutte ≥ 93%; una < 93%; più di 1 < 93%; con rispettivo punteggio pari a 9 - 6 - 3 - 0.

La ASL Roma 6 risponde con un numero globale di bambini presi in carico pari a 4.812 su 5.276

Tab. 1 - Indicatori utilizzati dal network delle regioni. La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 30 punti

Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Periodo (mesi/anno) riferimento dati	Valori Aziendali	Valori aziendali Anno 2014	Valori Riferimento regionali Anno 2014
	VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)				
A1	Mortalità				
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	Anno 2014	5		
A2	Mortalità tumori	Anno 2014	795		
A3	Mortalità per malattie circolatorie	Anno 2014	1.341		
A4	Mortalità per suicidi	Anno 2014	3		

(91%) mentre la ASL Roma 1 cita una serie di iniziative tra le quali lettere ai pediatri di famiglia per incentivare e sollecitare i genitori ad effettuare la vaccinazione presso i presidi vaccinali e per rafforzare la raccomandazione di far effettuare le vaccinazioni secondo la tempistica prevista dal calendario nazionale e regionale, la diffusione di opuscoli-locandine tra gli operatori sanitari e la popolazione generale per migliorare e diffondere la disponibilità di informazioni scientifiche sulla vaccinazione MRP, il coinvolgimento del Policlinico Universitario Gemelli, dell'Ospedale S. Filippo Neri, del S. Spirito, dei Consultori, delle Case di cura presenti sul territorio, dei Poliambulatori ed altre strutture sanitarie territoriali, ai fini della divulgazione della necessità di vaccinare per MRP tutti gli operatori sanitari suscettibili, soprattutto quelli afferenti a reparti/strutture ad alto rischio (ginecologia, ostetricia, malattie infettive, neonatologia, pediatria, punti nascita, consultori, ecc.), gli interventi di educazione sanitaria sul personale sanitario con valutazione degli operatori e feedback sulla valutazione, l'implementazione degli interventi sui gruppi di popolazione "difficili" da raggiungere, Rom, Sinti, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato.

Per una migliore interpretazione e valutazione delle informazioni sono stati richiesti per gli anni 2014 e 2015:

- gli atti relativi al monitoraggio della popolazione target vaccinata e rendicontazione attività vaccinale;
- gli atti relativi al monitoraggio della popolazione target vaccinata e rendicontazione attività vaccinale non riportata percentualmente e numericamente tra i risultati conseguiti;
- il n. di soggetti residenti vaccinati entro i 24 mesi di età, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2015;
- il n. soggetti residenti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015.

In riferimento al seguente obiettivo:

- la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- il n. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2015;
- il n. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015.

(*Standard indicatori*: ≥ 95%; 92%-95%; < 92% e in aumento; < 92% e non in aumento; con rispettivo punteggio pari a 9 - 6 - 3 - 0).

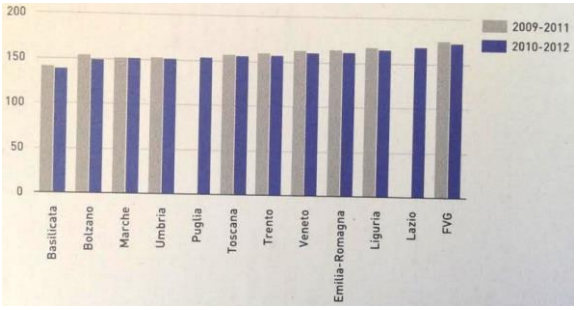
La ASL Roma 6 riparametra il suo indicatore al 78% dichiarando per il 2015 un valore di 4.123 bambini su 5.276 (78%), lasciando praticamente immutato il livello di copertura rispetto al 2014 (80%) e ben al di sotto dell'obiettivo nazionale di copertura pari al 95%. L'altra azienda campionata, la Roma E, rappresenta invece un'eccellenza.

Naturalmente la politica di riduzione del tasso di mortalità dovrebbe indurre la Regione ad approfondire analiticamente quali siano le effettive criticità che rendono il dato tanto disomogeneo, e così mediocre rispetto alla media nazionale.

Anche analizzando altri indici di mortalità, come quella riferita alle patologie oncologiche (da sole rappresentano il 30% delle cause di morte totali) non possiamo non constatare come il Lazio sia prossimo al primato con circa 170 decessi per tumore ogni 100 mila residenti. Nell'ambito del territorio delle ASL campionate abbiamo in questo caso un dato omogeneo che si attesta ai valori della media laziale.

Di sicuro la situazione ambientale incide sul fenomeno, ma al contempo concorrono alla riduzione dello stesso la tempestività della diagnosi, lo screening preventivo, il miglioramento stesso delle cure. In questo caso sono stati assegnati alle due ASL campionate obiettivi inerenti alla copertura raggiunta dai test di screening (fig. 4).

Fig. 4 - Mortalità per tumori



Nello specifico viene assegnato alle aziende laziali, nell'ambito degli obiettivi preliminari inerenti al governo clinico e ai rispetto dei LEA, il seguente obiettivo: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto avente come indicatori:

- persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella/[donne residenti (50-69)/2] *100;

- persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina/[donne residenti (25-64)/3] *100;

- persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto/[persone residenti(50-69)/2]*100.

Standard indicatori: score ≥ 9; score 7-8; score 5-6; score 0-4 con rispettivo punteggio pari a 9 - 6 - 3 - 0.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato:

screening cervice uterina: target annuale 53.864, esami eseguiti 11.881 + 1.400 recupero da SIAS (incluso stima 4° trimestre 2015) = 13.281 → % copertura 25%

screening mammografico: target annuale 37.685, esami eseguiti 7.996 + 4.266 recupero da SIAS (incluso stima 4° trimestre 2015) = 12.262 → % copertura 33%

screening colonrettale: target annuale 83.503, esami eseguiti 14.458 → % copertura 17%

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato:

Per quanto riguarda l'estensione della copertura di screening per lo mammella ed il colon retto, l'obiettivo non è stato raggiunto. L'attività dello screening mammografico per i mesi di novembre e dicembre, è stata implementata con un maggior numero di inviti, rispettivamente per il mammografico 160 inviti al giorno, per il colon retto 340 inviti. Lo screening della cervice uterina ha aumentato, già dal mese di ottobre, gli inviti relativi al I livello (n. 360 al giorno).

colon retto = 2,33

cervice uterina = 1,43

mammella = 2,12

(dato provvisorio in attesa del recupero delle prestazioni sul sistema informatico)

La Direzione Aziendale sta predisponendo un piano straordinario per l'anno 2016, in fase di formalizzazione in questi giorni, al fine di perseguire gli obiettivi regionali, istituendo una "cabina di regia" di supporto ai tre programmi di prevenzione previsti.

In relazione al recepimento del DCA 191/2015 e del DCA 593/2015, si sta procedendo alla reingegnerizzazione dei percorsi di Screening spontaneo ed organizzato tale da favorire il raggiungimento degli obiettivi aziendali in termini di incremento, di estensione e di adesione ai programmi di cui alla griglia LEA, pertanto il dato aggiornato per l'anno 2015, sarà fornito dall'Azienda nel più breve periodo.

Riallacciandosi proprio a questa dichiarazione del direttore generale della Roma 6, si riporta quanto stabilito dal DCA 191/2015: "*Il modello organizzativo dei programmi di screening della Regione Lazio deve prevedere le seguenti fasi:*

- programmazione: comprende tutte le azioni finalizzate alle funzioni gestionali, amministrative, di data managering e di sorveglianza dell'intero percorso;

- pianificazione e gestione degli inviti: comprende le azioni finalizzate alle funzioni di gestione degli inviti, dei solleciti e di call center, queste ultime garantite da un efficiente numero verde dedicato con un'apertura al pubblico che garantisca una buona fruibilità;

- I livello, erogazione test: comprende tutte le attività che riguardano l'effettuazione del test (o la consegna/riconsegna nel caso dello screening colorettale), compresa la registrazione dei dati sulla piattaforma regionale dei Programmi di Screening Oncologici - SIPSOweb;

- II livello, approfondimenti diagnostici: comprende tutte le attività che riguardano l'effettuazione degli approfondimenti necessari per la conferma diagnostica, secondo i protocolli raccomandati dalle linee guida europee sulla quality assurance degli screening, integrati dalle indicazioni del Ministero della Salute tramite i suoi organi tecnici (Osservatorio Nazionale degli Screening, ONS) e dalle eventuali integrazioni della Regione Lazio, attraverso specifici documenti tecnici e in corso di aggiornamento;

- III livello, trattamento, terapia e follow up: comprende le attività che riguardano il trattamento e la presa in carico dei soggetti che devono essere trattati e seguiti nei follow up, secondo i protocolli raccomandati dalle linee guida europee sulla quality assurance degli screening, integrati dalle indicazioni del Ministero della Salute tramite i suoi organi tecnici (ONS) e dalle eventuali integrazioni della Regione Lazio, attraverso specifici documenti tecnici e in corso di aggiornamento."

Gli Autori hanno richiesto gli atti ai direttori generali della Roma 1 e della Roma 6 riferiti agli anni 2014 e 2015, per ottenere:

• delibere attestanti azioni di reingegnerizzazione dei percorsi di Screening spontaneo ed organizzato e stato di realizzazione;

• puntuale indicazione dello stato di avanzamento in base a quanto prescritto dal decreto 191 in termini di:

- indicazione puntuale delle attività che riguardano il I livello, in termini di erogazione test: ovvero tutte le attività che riguardano l'effettuazione del test (o la consegna/riconsegna nel caso dello screening colorettale), dati, attuazione e modalità la registrazione dei dati sulla piattaforma regionale dei Programmi di Screening Oncologici - SIPSOweb

- indicazione puntuale delle attività che riguardano l'effettuazione degli approfondimenti dei soggetti II livello necessari per la con-

ferma diagnostica, secondo i protocolli raccomandati dalle linee guida europee e numero degli approfondimenti sui pazienti

- indicazione puntuale delle attività che riguardano il trattamento e la presa in carico dei soggetti III livello che devono essere trattati e seguiti nei follow up, secondo i protocolli raccomandati dalle linee guida europee e numero dei pazienti presi in carico.

In riferimento ai *programmi di screening del tumore alla mammella*:

- indicazione del responsabile del programma di screening;
- il volume di attività;
- indicare se i centri di screening che erogano le mammografie di I livello sono o non sono dotati di almeno 2-3 mammografi con parametri tecnici conformi alle linee guida europee ed essere collegati funzionalmente ai centri di II livello;
- indicare se il personale risulta adeguato rispetto all'accesso dell'utenza (garanzie di almeno due-tre sedute settimanali di apertura dei centri in orario pomeridiano/preserale e il sabato mattina, per facilitare la partecipazione delle donne; utilizzo delle strutture e delle strumentazioni nell'arco di tutta la giornata, doppi turni);
- indicare numero di personale tecnico radiologo inserito nel programma di screening, numero di ore pagate totali e numero di ore pagate dedicate al programma, tenendo conto che il personale tecnico radiologo (TSRM) inserito nei programmi di screening deve dedicare all'attività senologica almeno il 60% del proprio debito orario e deve aver ricevuto una specifica formazione sia per quelli tecnico-professionali sia per gli aspetti comunicativi;
- indicare piano formativo con nominativi dei radiologi che operano nei programmi di screening i quali devono partecipare a programmi di formazione continua, essere dedicati all'attività senologica per almeno il 50% della loro attività, leggere almeno 5.000 esami di screening ogni anno (indicare numero di screening letti annualmente per singolo radiologo), partecipare all'approfondimento delle lesioni identificate mediante screening e alla discussione dei casi clinici nelle periodiche riunioni multidisciplinari; partecipare alla revisione periodica della propria performance (tasso diagnostico, tasso di richiami, revisione cancri intervallo);
- indicare se le letture dei radiogrammi vengono fatte in doppio; considerato che deve essere prevista una ulteriore lettura da parte di un terzo radiologo (arbitrato), per i casi discordanti;
- indicare il piano di formazione verso il personale infermieristico che deve essere adeguatamente formato per le attività di accoglienza alle persone richiamate al secondo livello diagnostico;
- indicare se il centro di II livello risponde al seguente requisito: deve garantire gli approfondimenti derivanti da una mammografia di screening con esito sospetto o positivo per lesione neoplastica e garantire il trattamento delle lesioni riscontrate, se possiede i requisiti quali-quantitativi previsti nel DCA 38/2015 (Centri di Senologia o *Breast Unit*), prevedendo l'integrazione funzionale dei servizi coinvolti con la diretta partecipazione del medico radiologo incaricato della refertazione delle mammografia di screening negli incontri multidisciplinari per la discussione dei casi.

In riferimento ai *programmi di screening del tumore della cervice uterina*, gli Autori hanno richiesto:

- indicare il responsabile del programma di screening;
- indicare se sono stati messi in rete tutti i consultori azienda e indicare link;
- indicare il volume dei test citologici cervico-vaginali di screening letti in un laboratorio di citopatologia (che deve essere di almeno 15.000 test all'anno, se il test primario utilizzato è il Pap-test);
- indicare formazione specifica di ogni prelevatore e numero di prelievi annuo (deve effettuare almeno 1.500 prelievi/anno);
- indicare se i test HPV- DNA di triage vengono eseguiti in laboratori qualificati con esperienza di analisi biomolecolari e che eseguano almeno 500 test ogni anno;
- indicare formazione del personale infermieristico per le attività di accoglienza alle persone richiamate al secondo livello diagnostico;
- indicare numero di ginecologi colposcopisti e numero di colposcopie annue per ginecologo colposcopista (deve effettuare almeno 50 nuovi casi di colposcopie/anno per mantenere la sua competenza clinica).

In riferimento ai *programmi di screening del tumore del colon retto*, gli Autori hanno richiesto:

- indicare il responsabile del programma di screening;
- indicare se i centri di lettura per il test del sangue occulto fecale, presenti nei laboratori di analisi analizzano almeno 60.000 campioni fecali di screening ogni anno (indicare numero per centro);
- indicare se i centri di endoscopia eseguono non meno di 700 colonscopie/anno (indicare numero);
- indicare se ogni gastroenterologo endoscopista esegue un numero di colonscopie > 300/anno entro due anni dal suo ingresso nel programma di screening (indicare numero);

- indicare azioni effettuate e delibere finalizzate al coinvolgimento dei MMG ai programmi di screening.

Il monitoraggio sull'attività di prevenzione, ai fini del reale conseguimento dell'obiettivo, non può limitarsi al semplice indicatore "Persone in età target che seguono il test di screening/[cittadini residenti (fascia età target)]*100".

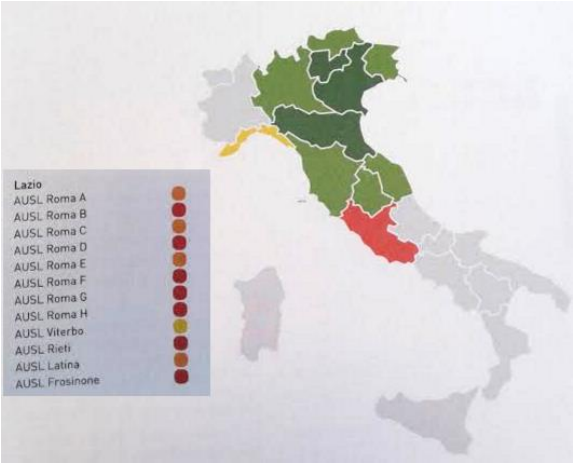
La verifica dovrebbe essere più approfondita, almeno in adempienza di quanto è previsto dalla normativa. I test effettuati potrebbero essere inficiati dall'assenza di procedure, caratteristiche e qualificazioni che i programmi specificamente prevedono al fine di garantire la certificazione qualitativa dei test effettuati.

Tutte le regioni hanno cercato negli ultimi anni di focalizzarsi sulla messa in atto di programmi di screening che possono essere estesi alla popolazione mediante specifiche azioni, non solo inerenti all'offerta in sé da parte delle aziende sanitarie.

Si considera critica, a livello nazionale, un'*estensione inferiore* all'80% dei programmi di screening (il dato riferito allo screening mammografico e colorettale viene valutato su un biennio, mentre il dato riferito allo screening cervice uterina viene valutato su triennio). Si considera ottimale un'adesione pari al 70% per lo screening mammografico, pari al 65% per lo screening colorettale e del 60% per la cervice uterina.

Anche in questo caso sia l'estensione e sia l'adesione risultano le più critiche per la regione Lazio. *E tra le ASL laziali risulta sempre la Roma 6 quella con indicatori più allarmanti. Anche la Roma E riporta dati gravi di estensione e adesione, ma minori rispetto alle altre aziende laziali* (fig. 5).

Fig. 5 - Rapporto estensione *vs* adesione screening



Il Lazio risulta drammaticamente il *peggiore estensore* di screening mammografico verso la popolazione target (donne tra i 50 e i 69 anni). Anche l'*adesione risulta la peggiore* tra le regioni italiane (figure 6 e 7).

Fig. 6 - Tasso di estensione dello screening mammografico

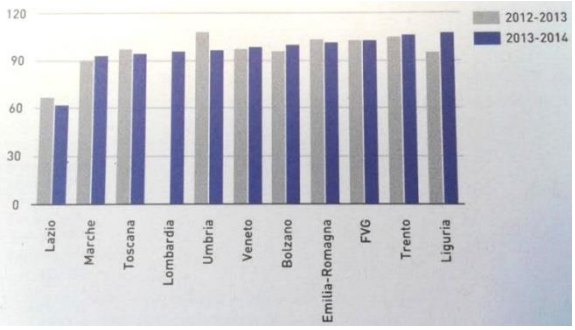
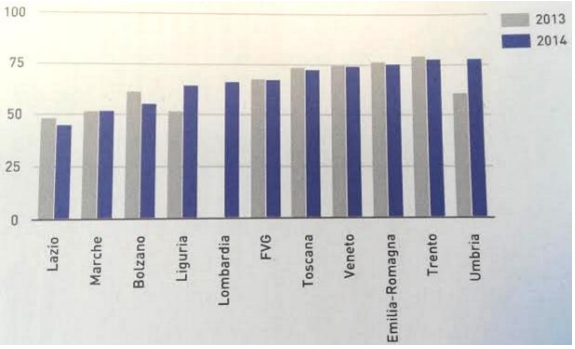


Fig. 7 - Tasso di adesione dello screening mammografico



Nel particolare, la Roma 6 si aggira ad un livello di estensione pari ad appena il 40% della popolazione target, mentre la Roma 1 svolge correttamente il compito di prevenzione. Malgrado questo, viene posto come obiettivo il tasso di adesione rispetto alla popolazione. Il problema della Roma 6 è riferito essenzialmente alla mancata organizzazione dei programmi di screening e all'incapacità di estenderli. La Roma 1, ha problemi relativi all'adesione, che può tuttavia essere spiegata anche dalle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di quel territorio che probabilmente ha strumenti economici e culturali per provvedere autonomamente alla soddisfazione del fabbisogno di prevenzione.

Per quanto riguarda l'estensione e adesione allo screening cervice uterina il Lazio si appropria della bandiera nera d'Italia con una copertura di circa il 70%. È uno screening rivolto a target femminile compreso tra i 24 e i 64 anni e la rilevazione è triennale (fig. 8).

Anche in questo caso si evince la differenza profonda tra la realtà della Roma 1 (in questo caso è l'eccellenza) e quella della Roma 6, asso-

lutamente incapace di estendere lo screening verso la popolazione target. Si verifica anche in questo caso il problema riferito all'adesione da parte della popolazione della ex Roma E, probabilmente correlato ai medesi motivi riferiti allo screening mammografico (fig. 9).

Fig. 8 - Estensione screening cervice uterina

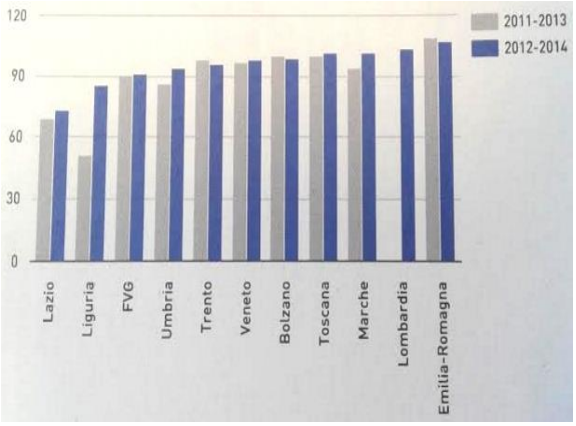
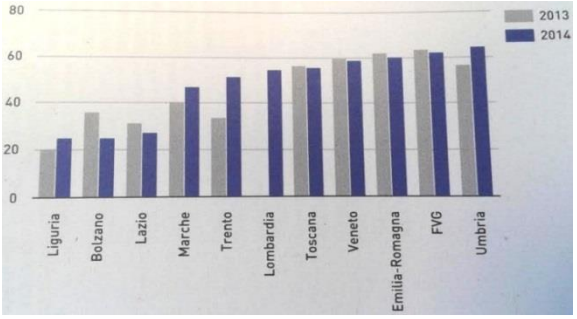


Fig. 9 - Adesione screening cervice uterina



Analoga situazione si verifica per lo screening colorettale, in cui il Lazio si conferma con il peggiore indicatore riferito sia ad estensione e sia ad adesione, ed in particolare la Roma 6 con i soliti problemi riferiti all'estensione (figure 10 e 11).

Fig. 10 - Estensione screening colon rettale

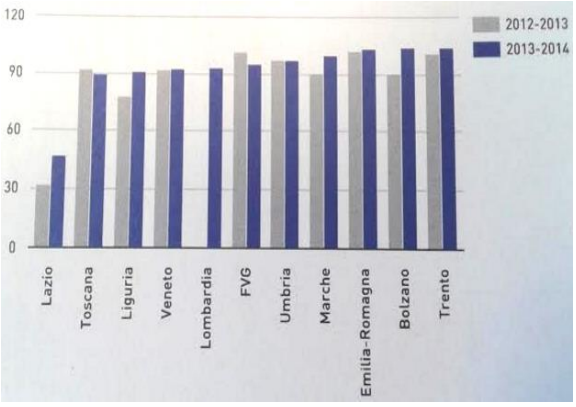
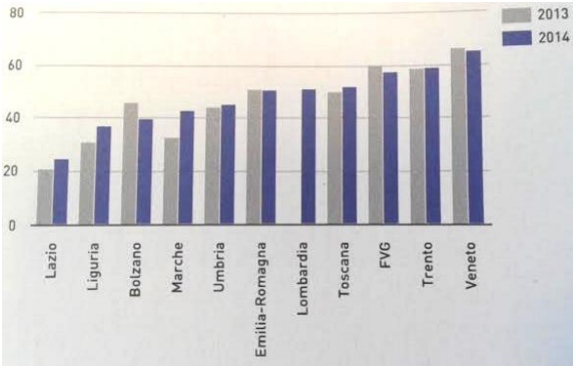
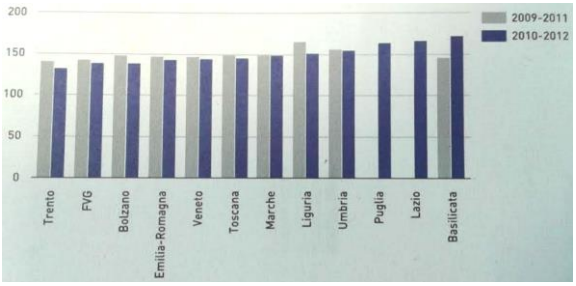


Fig. 11 - Adesione screening colon rettale



Procedendo sempre nella dimensione "stato di salute della popolazione" un ulteriore indicatore riferito al tasso di "mortalità per malattie del sistema circolatorio" esprime la drammatica situazione della Regione Lazio. In Italia le cause di morte per malattie del sistema circolatorio sono quelle maggiormente diffuse (circa 40% delle cause di decesso totali) e nello specifico, quelle riferite alle malattie cardio vascolari rappresentano il 24% della mortalità complessiva. Questo induce a ritenere come questo tipo di patologia sia una vera e propria priorità sanitaria, anche perché colpisce indistintamente la popolazione senza differenziazione riferita a condizioni socio economiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso programmi di prevenzione e di monitoraggio su queste patologie focalizzando l'attenzione sulle cause principali che la producono quali: l'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità. Tale indicatore offre importanti informazioni relative al bisogno di salute del territorio e indica comunque quali dovrebbero essere gli obiettivi perseguibili in ambito di prevenzione. Anche per quanto concerne questa patologia, purtroppo, *il Lazio si trova ad essere una delle regioni con indice massimo di mortalità, con i suoi circa 170 deceduti ogni 100 mila residenti* (fig. 12).

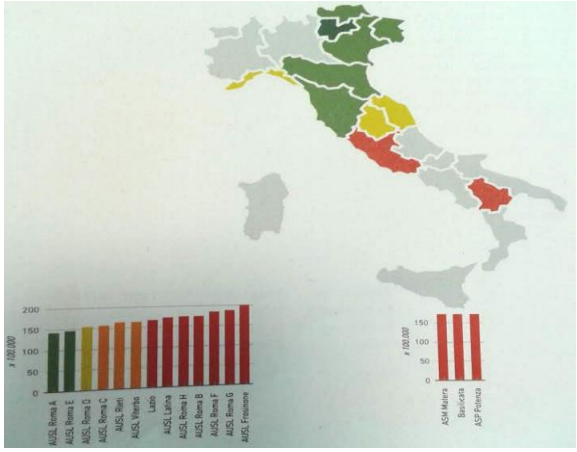
Fig. 12 - Livello mortalità per malattie circolatorie



Emblematico diventa il dato se si prendono in considerazione gli indici di mortalità di questa

patologia in ambito dei vari territori della Regione Lazio. Esiste un fenomeno di accentuazione del tasso di mortalità presso i territori delle aziende sanitarie periferiche, ovvero quelle che hanno subito un lento, ma inesorabile depotenziamento riferito alle strutture e unità coronariche e cardiologiche di emergenza. *Il frusinate è uno dei territori che più ha subito il depotenziamento ospedaliero, oltre che la dequalificazione professionale del personale sanitario*, ma anche i territori della Roma 5 (Tivoli, Subiaco), della Roma 4 (Civitavecchia), della ex Roma B (sud est di Roma), della Roma 6 (Castelli Romani), dell'ASL di Latina, di Viterbo e di Rieti presentano indici di mortalità elevatissimi che superano tutti i 160 deceduti ogni 100 mila abitanti per arrivare a picchi che raggiungono i 200. Sarà quindi un caso che i territori in cui sono ubicate le ASL a più alta concentrazione ospedaliera con specialistica cardiologica e presenza di UTIC siano poi quelle che hanno un tasso di mortalità decisamente inferiore alla media nazionale. La ASL Roma 1 è quella che esprime livelli di mortalità molto al di sotto della media nazionale, e ad esse si affiancano le ASL Roma 3 ed ex Roma C con indicatori buoni o che si assestano sulla media. Questo dimostra che la vicinanza ad un centro di emergenza cardiologica può essere una concausa della riduzione del tasso di mortalità riferito a questa patologia. Gli indicatori e gli obiettivi, ma in realtà questa volta anche i piani operativi, avrebbero dovuto tenere maggiormente conto di tali indicatori per facilitare il più possibile l'accesso alle cure in emergenza per le patologie circolatorie (fig. 13).

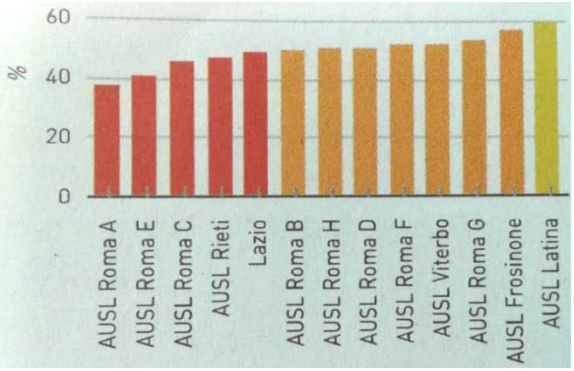
Fig. 13 - Incidenza sulla mortalità per malattie circolatorie



Tra le varie aziende laziali anche in questo ambito, gli obiettivi dovevano essere differenziati e ponderati sulle varianze dei dati di salute.

Per l'attività di prevenzione volta alla riduzione dell'infezione influenzale sulla popolazione anziana, il Lazio non riesce a posizionarsi tra le regioni più virtuose con un tasso che si aggira attorno al 50%, anche se *Latina e Frosinone sono da considerare le migliori* (fig. 14).

Fig. 14 - Vaccinazione popolazione > 65 anni



Gli Autori hanno richiesto alle due aziende Roma 1 e 6:

- la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni);
- il n. soggetti di età ≥ 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza
- il n. soggetti di età ≥ 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna.

Standard indicatori: ≥ 75%; 64%-75%; < 64% e in aumento; < 64% e non in aumento con rispettivo punteggio pari a 9 - 6 - 3 - 0.

Viene dichiarato dalla Roma 1 come risultato l'elenco delle azioni svolte, ma non gli effetti prodotti o le percentuali di copertura:

- offerta attiva mediante lettera ai soggetti della coorte di nascita degli ultra 65enni;
- offerta attiva mediante lettera ai soggetti diabetici di età compresa tra 18 e i 64 anni;
- sollecitazione di tutti i soggetti aziendali coinvolti, compreso il Comitato Aziendale Permanente di cui all'art. 23 degli accordi collettivi nazionali vigenti della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta; numerosi incontri con i MMG e i PLS, Distretto per Distretto, allo scopo di programmare e condividere, con gli attori della campagna, le azioni utili a raggiungere la popolazione target;
- convegno sulla vaccinazione antinfluenzale ed anti-pneumococcica rivolto ai MMG e PLS; programmazione di incontri nella casa della salute dei MMG con i cittadini;
- programmazione di incontri con i medici ospedalieri e con gli specialisti ambulatoriali e associazioni dei malati al fine di diffondere la cultura della vaccinazione antinfluenzale;
- incontri settimanali del gruppo di lavoro permanente di cui al punto 4 del P.O. DCA U00444 del 23 settembre 2015;

- creazione di data base sulla base degli elenchi di esenzione per patologia;
- sollecitazione ai MMG e PLS per la chiamata dei loro assistiti a rischio;
- sollecitazione a vaccinare i contatti/conviventi soggetti a rischio.

Di seguito alcuni dati aggiuntivi in merito alla campagna 2015-2016:

- vaccini ordinati 89.420;
- vaccini distribuiti a MMG 70.645 e a PLS 365;
- vaccini distribuiti ai servizi vaccinali del territorio 5.600;
- vaccini distribuiti ad altri soggetti erogatori, ospedali e case di cura 1.210.

Viene dichiarato dalla Roma 6 che il dato non è disponibile fino al 30 marzo.

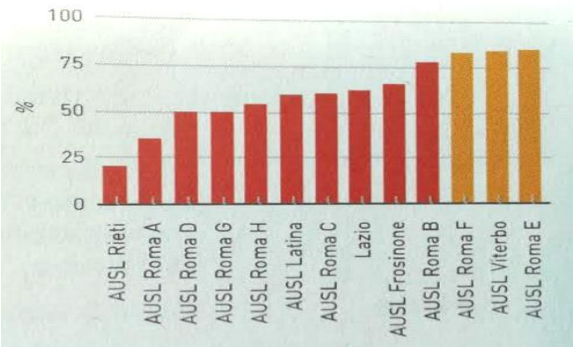
In ogni caso entrambe le aziende hanno un indice di copertura decisamente inferiore agli obiettivi prefissati dalla Regione.

Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):

- rendicontazione sul dato delle vaccinazioni verso target effettuate negli anni indicati;
- n. soggetti di età ≥ 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza;
- n. soggetti di età ≥ 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna.

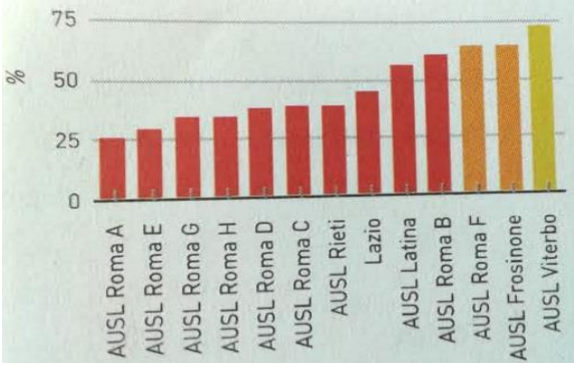
Anche gli altri indicatori di copertura vaccinale riferiti al antimeningococcico e al papilloma virus, mostrano indicatori molto bassi. Per esempio, il meningococco risulta di facile trasmissibilità e di grande pericolosità. I dati ci illustrano una situazione di bassissima copertura da parte della Roma 6 (tra le aziende campionate e di appena sufficienza da parte della Roma 1 (figure 15 e 16).

Fig. 15 - Tasso di copertura antimeningococcico



Il papilloma virus è invece causa di infezioni genitali che possono comportare l'insorgenza di tumori alla cervice uterina ed è oggetto di campagne vaccinali che si affiancano al programma di screening tramite Pap test per la prevenzione del tumore al collo dell'utero. Il target di riferimento sono le bambine di 12 anni di età.

Fig. 16 - Tasso di copertura papilloma virus



Altri obiettivi

Si riportano, di seguito, altri obiettivi sempre riferiti alla dimensione "Stato di salute della popolazione" che hanno pesanti ripercussioni in termini di governo clinico, soprattutto ospedaliero. Tali obiettivi si focalizzano su delle forme di controllo operativo altamente standardizzabili in termini procedurali che rappresentano già nel massimo livello di copertura quel minimo che obbligatoriamente le aziende sono tenute a raggiungere. Sembra assurdo che degli obiettivi preliminari (tab. 2), ovvero quella riferita agli adempimenti dei LEA, ben 7 obiettivi su 19 siano dedicati proprio al controllo statico di procedure obbligatoriamente attive e standardizzate. Si illustra la tipologia di obiettivi assegnati dalla regione omettendo indicatori e risposte, che naturalmente consentono ai direttori generali una valutazione a punteggio pieno.

Tab. 2 - Obiettivi riferiti al monitoraggio zoonosi e controlli alimentari

5.1 *Malattie animali trasmissibili all'uomo* - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
5.2 *Malattie animali trasmissibili all'uomo* - percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'O.M. 14 dicembre 2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie
5.3 *Anagrafi animali* - controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina
6.1 *Contaminazione degli alimenti* - controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui
6.2 *Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione* - percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6, D.P.R. 14 luglio 1995
6.3 *Contaminanti negli alimenti di origine vegetale* - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2, D.M. 23 dicembre 1992); percentuale dei campioni previsti
Salute luoghi di lavoro: percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare

Dimensione socio sanitaria e capacità di governo della domanda

In questa area rientrano i sistemi gestionali delle strutture sanitarie, in tale ambito diventa importante presidiare sia fattori qualitativi e sia fattori quantitativi di governo clinico. Vengono presi in considerazione i ricoveri ospedalieri, l'appropriatezza degli stessi, il tasso di ospedalizzazione, l'esito delle cure, i tempi di attesa, ma anche i processi operativi necessari alla produzione.

Appropriatezza

Il tasso di ospedalizzazione è l'indicatore "grezzo" generalmente più usato per monitorare l'appropriato utilizzo del ricorso al ricovero, il quale dovrebbe essere orientato a fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Chiaramente tale indicatore ingloba in sé sotto indicatori utilizzabili trasversalmente per valutare l'efficacia stessa del ricovero. Naturalmente l'indicatore include l'ospedalizzazione dei residenti anche presso strutture extra regionali.

Per esempio dal dato di ospedalizzazione nel Lazio, emerge che sono gli abitanti delle zone in cui risulta meno soddisfacente una risposta territoriale a ricorrere al ricovero (figure 17 e 18).

Fig. 17 - Indice ospedalizzazione che include anche i ricoveri per lungodegenza

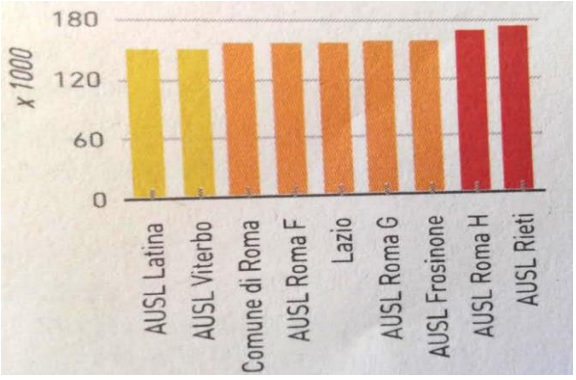
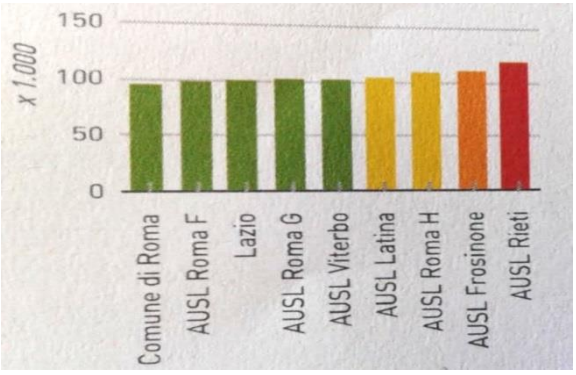


Fig. 18 - Indice ospedalizzazione ricoveri ordinari e diurni



Il territorio reatino risente di una totale inefficienza dei servizi territoriali, ma anche zone in cui il depontenziamento del servizio è stato più marcato inducono la popolazione al ricorso alle cure ospedaliere. L'assenza di percorsi di presa in carico dei pazienti con malattie croniche e la insufficiente gestione dei distretti in termini di erogazione dei servizi, contribuiscono ad accrescere il ricorso agli ospedali.

In riferimento al seguente obiettivo: 15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 160; 160-170; > 170 e non in aumento; > 170 e in aumento.

Viene dichiarato dalla Roma 1 E il seguente risultato: il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti, gennaio-novembre 2015, è pari a 129,8%. Proiezione annua: 141,6%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 146,92

Gli Autori hanno richiesto alle aziende (anni 2014 e 2015):

• n. ricoveri ordinari per singola disciplina e presidio relativi ai residenti con esclusione dei ricoveri:

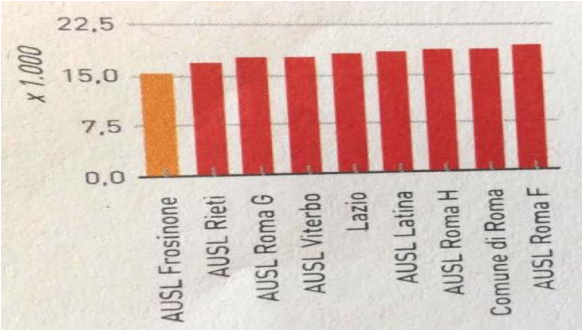
- erogati da strutture private non accreditate
- relativi a neonati sani
- relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75);

• n. ricoveri eseguiti con DRG ad alto rischio inappropriatezza in base al D.P.C.M. 29 novembre 2001.

È bene rilevare che in tutta Italia non esiste azienda che abbia un tasso di ospedalizzazione superiore a 140-150 per mille abitanti, livelli peggiori sono stati raggiunti solo da pochissime aziende. Praticamente l'obiettivo assegnato consente a tutti i direttori generali di conseguire il punteggio massimo, senza stimolare un eventuale miglioramento. *La Roma 6, che nel 2014 aveva un indice di ospedalizzazione pari a circa 110 ricoveri per mille abitanti, nel 2015 dichiara un enorme peggioramento con un dato che si attesta tra i peggiori di Italia, pari a circa 147 ricoveri per mille abitanti, e nel contempo il direttore generale raggiunge il punteggio massimo conseguibile nella valutazione della sua performance. Migliore appare la sola situazione di Frosinone.*

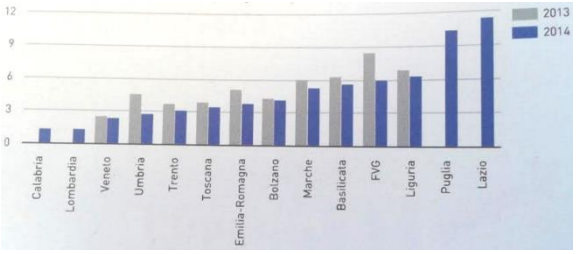
Questo rappresenta l'equivocità nella formulazione dell'obiettivo che certamente non si prefigge lo scopo di migliorare l'offerta, quanto piuttosto di orientare la valutazione verso elementi più discrezionali di giudizio (fig. 19).

Fig. 19 - Indice ospedalizzazione ricovero diurno medico



Per quanto riguarda i ricoveri diurni di tipo medico, il Lazio si conferma la regione con gli indici peggiori in Italia. La Regione ha assegnato un obiettivo focalizzato ai ricoveri diurni di tipo diagnostico (fig. 20).

Fig. 20 - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (griglia LEA)



Considerato che: tra i ricoveri in day hospital per DRG di tipo medico il motivo di ricovero più frequente risulta essere quello diagnostico nel 56% dei casi; tra questi ricoveri quelli attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati (43 DRG, all. 2C, D.P.C.M. 29 novembre 2001) sono stati, nello stesso anno, 560.000 di cui il 76% con una numero di accessi non superiore a 2, mentre nel 56% dei casi si è avuto un unico accesso.

E che: *per definizione, i ricoveri in day hospital sono programmati, e generalmente i pazienti che vi accedono sono deambulanti, raggiungendo con propri mezzi la sede ospedaliera; questo, insieme alle precedenti considerazioni rende plausibile l'ipotesi che un numero significativo di ricoveri in day hospital diagnostico per DRG medico potrebbe essere evitato, e che comunque l'incertezza sui criteri di appropriatezza di questi ricoveri non favorisce la corretta erogazione di prestazioni in questo ambito.* I posti letto in ospedale dovrebbero essere disponibili per chi ne ha bisogno e gli accertamenti diagnostici dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale.

Sono considerati appropriati i day hospital per l'esecuzione di:

- esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di 1 ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica);
- esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica);
- esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico, ecc.) richiedono monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica).

Di seguito i dati riferiti agli obiettivi regionali inerenti al ricovero diurno di tipo diagnostico.

In riferimento al seguente obiettivo: 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 abitanti avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 7; 7-13; > 13 e in diminuzione; > 13 e non in diminuzione.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti gennaio-novembre 2015 è pari a 5,1%. Proiezione annua: 5,6%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: non calcolabile per mancanza di un campo specifico per l'individuazione del DH diagnostico.

Gli Autori hanno richiesto per verificare il dato (anni 2014 e 2015):

• numero ricoveri medici in day hospital potenzialmente inappropriati secondo (43 DRG, all. 2C, D.P.C.M. 29 novembre 2001);

• numero ricoveri medici in day hospital che prevedono:

- esami strumentali in pazienti a rischio che richiedono un'osservazione per più di 1 ora dopo l'esecuzione dell'esame (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica);
- esami che prevedono somministrazione di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto per esami radiologici) che necessitano di monitoraggio dopo l'esecuzione di oltre 1 ora (il monitoraggio deve essere registrato nella cartella clinica);
- esami su pazienti che, per le particolari condizioni cliniche (rischio di shock anafilattico, scompenso emodinamico o metabolico, ecc.) richiedono monitoraggio clinico (lo stato di rischio del paziente e l'osservazione successiva all'esame devono essere esplicitate nella cartella clinica;

• numero totale ricoveri medici in day hospital;

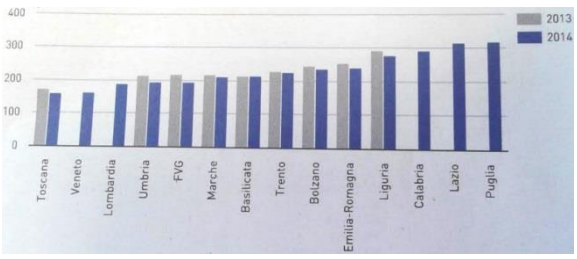
• numero totale ricoveri in day hospital;

• delibera, rapporto audit e procedura atta a definire le modalità di programmazione e accesso alle prestazioni in day hospital di tipo diagnostico.

La figura riferita ai ricoveri medici diurni evidenzia che le aziende laziali hanno indici spaventosamente alti, prossimi ai 18-19 ricoveri per mille abitanti, e visionando nello specifico i ricoveri diurni di tipo diagnostico (con ricoveri superiori mediamente a 12) e in cui le ASL campionate raggiungono proprio i livelli peggiori, sembra poco plausibile che il dato riferito dalla ex Roma E possa raggiungere indicatori rappresentativi dell'eccellenza. Abbiamo visto che le cause dell'incidenza di questo ricovero sono riferiti prevalentemente all'inappropriatezza legata alle indagini diagnostiche che possono essere erogate ambulatorialmente, pertanto è stato richiesto il dettaglio sia degli esami appropriati e sia di quelli inappropriati al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato.

Per quanto riguarda l'*appropriatezza nell'esecuzione delle prestazioni e ricoveri ospedalieri con DRG di tipo medico, la regione prende in considerazione* il numero di accessi di tipo medico per mille abitanti a prescindere da quelli appropriati o meno. In pratica non cerca di individuare quanti ricoveri di tipo medico siano inappropriati, ma mette tutto nel calderone del monitoraggio. Le prestazioni identificate dal Ministero come DRG medici, indicate anche all'interno del Patto per la salute 2010-2012, non dovrebbero comportare il ricovero ospedaliero, ma dovrebbero essere erogate o dal medico di famiglia o dagli specialisti mediante visite ambulatoriali. I dati riferiti all'inappropriatezza dei ricoveri con DRG medico, ovvero quelli riferiti a quanti ricoveri inappropriati vengono effettuati dalle aziende, condannano ancora una volta il Lazio ad essere la regione peggiore, questa volta seconda quasi a pari merito soltanto alla Puglia (fig. 21).

Fig. 21 - DRG LEA medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)



L'indicatore monitora accuratamente il livello di inappropriatezza, ma la Regione Lazio invece si concentra su un obiettivo grezzo e un indicatore che consente il facilissimo raggiungimento, tra l'altro privo di qualsiasi significato in termini di conformità al patto della salute e all'osservazione dei LEA. Di seguito si riportano le schede presentate e compilate dalle aziende campionate.

In riferimento al seguente obiettivo: 15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 90; 90-117; > 117 e in diminuzione; > 117 e non in diminuzione.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: il tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti gennaio-novembre 2015 è pari a 52,1%. Proiezione annua: 56,8%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 85.

Come si evince dalle risposte delle aziende, risultano entrambe avere conseguito l'obiettivo, ma nella pratica non sono state né incentivate a rilevare ed eventualmente correggere il grado inappropriatezza dei ricoveri medici e né è stato posto un valore allineato coerentemente con quelli ottenuti dalle altre regioni.

Gli Autori hanno richiesto, al fine di evidenziare le percentuali dei DRG appropriati rispetto a quelli che non lo sono *(anni 2014 e 2015)*:

• numero di ricoveri di tipo medico in day hospital ripartiti tra:

- quelli con effettuazione chemioterapia con utilizzo antiblastici per via endovenosa, ecc.
- terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione maggiore di 1 ora; necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione
- necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia
- procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente
- tutti gli altri ricoveri in day hospital;

• numero di ricoveri di tipo medico in regime ordinario ripartiti tra:

- sommatoria dei ricoveri ad esclusione di quelli sotto riportati
- sommatoria dei ricoveri del tipo sotto riportato:

malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC 018

malattie dei nervi cranici e periferici con CC 024

convulsioni e cefalea età > 17 con CC 031

commozione cerebrale età > 17 con CC 079

infezioni e infiammazioni respiratorie età > 17 con CC 085

versamento pleurico con CC 089

polmonite semplice e pleurite età > 17 con CC 096

bronchite e asma età > 17 con CC 099

segni e sintomi respiratori con CC 101

altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC 121

malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi 130

malattie vascolari periferiche con CC 132

aterosclerosi con CC 138

aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC 141

sincope e collasso con CC 144

altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC 148

interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC 172

neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC 174

emorragia gastrointestinale con CC 180

occlusione gastrointestinale con CC 182

esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età > 17 con CC 188

altre diagnosi relative all'apparato digerente età > 17 con CC 205

malattie del fegato, eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcoolica con CC 207

malattie delle vie biliari con CC 210

interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori età > 17 con CC 218

interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore età > 17 con CC 223

interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC 253

fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede età > 17 con CC 277

cellulite età > 17 con CC 280

traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella età > 17 con CC 296

disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo età > 17 con CC 310

interventi per via transuretrale con CC 320

infezioni del rene e delle vie urinarie età > 17 con CC 323

calcolosi urinaria e/o litotripsia mediante ultrasuoni con CC 325

segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 con CC 331

altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età > 17 con CC 336

prostatectomia transuretrale con CC 358

interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC 370

parto cesareo con CC 372

parto vaginale con diagnosi complicanti;

• atti, delibere, definizione procedure ed interventi atti a ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri tipo medico.

Va considerato inoltre, per i ricoveri in DH, che per la definizione di appropriatezza dei ricoveri di tipo medico in day hospital per motivi terapeutici si considerano i seguenti criteri:

• effettuazione di chemioterapia, in particolare quando si utilizzano: antiblastici per via endovenosa; terapia di supporto associata (antiemetica, idratante, ecc.) per via endovenosa;

• terapia per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione maggiore di 1 ora; necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di 1 ora dopo la somministrazione;

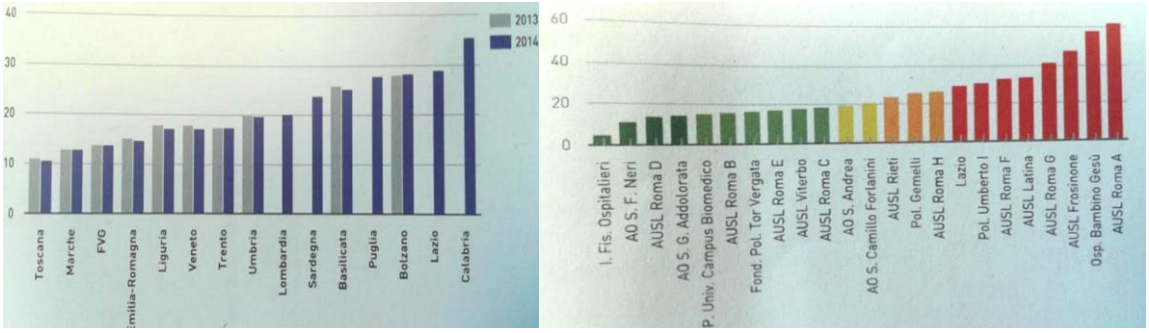
• necessità di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;

• procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

In ogni caso, avrebbe avuto senso, da parte della Regione, porre un obiettivo che misurasse l'inappropriatezza dei ricoveri con DRG medici con indicatori ben al di sotto dei 100 ricoveri per 10 mila abitanti (il Lazio ne ha mediamente 320 inappropriati per 10 mila abitanti) e non richiedere di raggiungere il numero dei ricoveri medici generici al di sotto dei 900 per 10 mila abitanti! Ci si potrebbe chiedere cosa la Regione Lazio abbia voluto centrare o conseguire ponendo questo obiettivo se non premiare l'inattività manageriale.

Nell'ambito dell'appropriatezza chirurgica invece, gli indicatori della SSSP prendono in considerazione quanti DRG medici vengono dimessi dai reparti chirurgici, o quanti DRG che dovrebbero essere svolti in day surgery incidono sui ricoveri chirurgici ordinari. In questo caso la Regione Lazio ha scelto come indicatore la percentuale di DRG medici dimessi rispetto a tutti i ricoveri ordinari a gestione diretta. Ci si potrà chiedere quale attinenza abbia tale obiettivo per monitorare l'appropriatezza del ricove-

Fig. 22 - DRG medici dimessi da reparti chirurgici



ro chirurgico. È forse significativo capire se un ospedale o presidio abbia vocazione medica o chirurgica rispetto al capire se i ricoveri chirurgici siano effettivamente appropriati, così come prevedono i LEA. Insomma, non viene monitorata l'appropriatezza del ricovero medico e non viene monitorata l'appropriatezza di quello chirurgico.

Partendo dal dato riferito a come si colloca la Regione Lazio e le sue aziende in merito all'incidenza dei DRG medici dimessi dai reparti chirurgici.

Anche in questo caso il Lazio è il peggiore tra tutte le regioni ad eccezione della Calabria, con quasi il 30% dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici.

Malgrado la Roma 6 sia una delle aziende con indicatori che si attestano attorno al 25% dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici, viene assegnato un obiettivo di appropriatezza che non consente la dovuta correzione:

In riferimento al seguente obiettivo: percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta) avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 42%; 35%-42%; < 35% e in aumento; < 35% e non in aumento.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta), gennaio-novembre 2015, è pari a 45%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 31%

Considerato che: la soglia di ammissibilità - valore atteso di "inappropriatezza tollerata" riferito all'intero ambito della valutazione, è da calcolare come segue: n. di ricoveri a gravità minima in regime ordinario di degenza > 1 giorno/n. totale di ricoveri a gravità minima in regime ordinario e di DH x 100.

Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):

- numero di ricoveri con DRG chirurgici totali;
- numero di ricoveri a gravità minima in regime ordinario di degenza > 1 giorno e nello specifico quelli riportati nella tab. 3.
- atti, delibere, definizione procedure ed interventi atti a ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri chirurgici.

Come si evince l'intento dalla richiesta di accesso agli atti effettuata per verifica è stato quello di rilevare la percentuale di ricoveri inappropriati in regime chirurgico, vero dato significativo che avrebbe dovuto essere assegnato come obiettivo e con parametri standard inferiori al 20%.

La regione comunque assegna un obiettivo riferito genericamente alla appropriatezza dei ricoveri.

In riferimento al seguente obiettivo: rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B, Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (per osp. a gestione diretta) avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 0,29; 0,29-0,39; > 0,39 e in diminuzione; > 0,39 e non in diminuzione.

Tab. 3 - DRG LEA chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza

DRG LEA CHIRURGICI ad alto rischio di inappropriatezza

DRG	DESCRIZIONE	TIPO	MDC
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	2
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C	2
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	2
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	3
119	Legatura e stripping di vene	C	5
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	C	6
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C	6
222	Interventi sul ginocchio senza CC	C	8
232	Artroscopia	C	8
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	9
267	Interventi perianali e pilonidali	C	9
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	9
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	13
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	8

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: il valore sin qui conseguito, gennaio-novembre 2015, è pari a 0,15%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 0,29

Gli Autori hanno richiesto alle aziende campionate (anni 2014 e 2015):

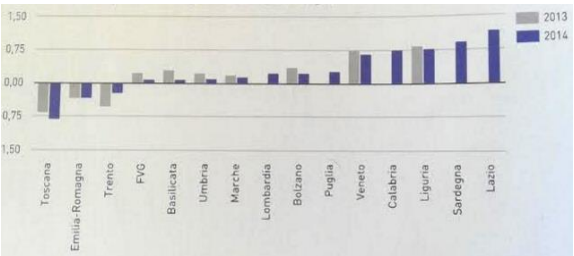
- n. ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza all. 6A (www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_1618_ulterioriallegati_ulteriorealleg ato_12_alleg.pdf);
- n. ricoveri totali;
- atti, azioni, delibere, procedure emanate al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Dai dati sull'inappropriatezza ricavati dalle tabelle prodotte dalla SSSP risulta piuttosto difficile considerare attendibili i dati forniti dalle direzioni generali in merito all'obiettivo assegnato, sia considerando le colecistectomie erogate in modalità di ricovero ordinario (che avvengono per quasi la totalità degli interventi), sia per l'altissima percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (sia in DH che in ricovero ordinario, dove il Lazio risulta la regione con tassi peggiori) e sia per quanto riguarda i ricoveri diurni di tipo diagnostico (in cui il Lazio detiene il primato) e per finire anche per quanto riguarda i ricoveri medici con DRG inappropriato (anche qui accade la detenzione del primato in senso negativo).

Efficienza ospedaliera

Con riguardo al monitoraggio dei tempi di degenza, la SSSP sceglie un indicatore che confronta la degenza media effettiva (calcolabile rapportando le giornate di degenza totali per singola disciplina con il numero dei dimessi) con la degenza media attesa, uno standard riferito alla stessa tipologia di ricovero. Tale rapporto consente di valutare in termini gestionali il livello di efficienza della struttura nell'erogare le prestazioni. Le tabelle sottostanti indicano i valori regionali e delle singole aziende: quando sono negativi significa che la degenza media è stata migliore dello standard previsto. In questo ambito si rilevano le pessime prestazioni della Regione Lazio, che si colloca come peggiore del network (fig. 23).

Fig. 23 - Confronto tra regioni degenza media DRG chirurgici



Esiste pertanto un problema riferito all'organizzazione dell'attività chirurgica che produce dei tempi di attesa molto alta. Infatti ad un basso numero di giorni di ricovero si associa una buona capacità di gestione del paziente sia in termini di gestione clinica e generalmente anche in termini di gestione delle risorse.

La Regione Lazio pone degli obiettivi completamente scollegati dall'evidenza media nazionale e finalizzati essenzialmente a consentirne il conseguimento, al di là di qualsiasi logica che tenda a risollevare la dolorosa situazione delle aziende laziali.

Di seguito si analizzano i tre obiettivi che si possono collocare in questa sfera di monitoraggio e le relative risposte da parte delle aziende campionate. Si osservi che il punto di partenza dei ricoveri chirurgici è preoccupante, ma gli obiettivi sono tranquillizzanti per coloro che devono conseguirli.

A testimonianza di quanto asserito basta osservare come siano stati posti obiettivi riferiti all'appropriatezza ospedaliera abbinati agli interventi di colecistectomia laparoscopica cui è stato assegnato un indicatore di valutazione assolutamente privo di senso. Ovvero se tali interventi siano stati eseguiti in numero comprensivo tra 3 e 100. Un indicatore che non dice assolutamente nulla né in termini di efficienza ospedaliera, ovvero in termini di tempistica nell'esecuzione dell'intervento che dovrebbe essere svolto in day hospital, e né in termini di appropriatezza, ovvero mettendo in relazione il numero di interventi eseguiti entro un giorno rispetto al numero di interventi totali, quindi anche quelli che hanno implicato il ricovero.

Sarebbe stato opportuno partire dal dato iniziale, che indica il Lazio essere tra le regioni peggiori in termini di percentuale di interventi effettuati entro un giorno (solo il 3,3% circa) per poter assegnare obiettivi sensati. Si pensi che la Toscana ne esegue entro tale limite ben quasi il 50%. Oppure cercare di dare un senso ai numeri di interventi di colecistectomia magari in relazione al numero degli abitanti. Invece nulla.

Di seguito si riportano l'obiettivo e il risultato raggiunto dalle ASL campionate.

In riferimento al seguente obiettivo: riorganizzare l'attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per unita operativa non sia inferiore al valore soglia definito avente come indicatori: Santo Spirito-Villa Betania e San Filippo Neri, avente come standard rispettivamente agli indicatori: n. di interventi di colecistectomia laparoscopica: **≤ 3 o ≥ 100 per entrambe le strutture**.

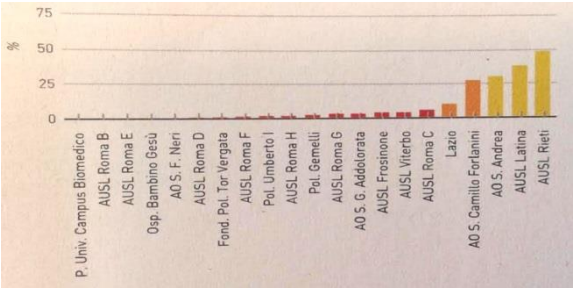
Viene dichiarato per la Roma E il seguente risultato: S. Filippo Neri 130; S. Spirito 48.

Viene dichiarato per la Roma 6 il seguente risultato: Frascati 104; Anzio 61; Albano 88; Velletri 103.

Gli Autori hanno richiesto: n. interventi colecistectomia laparoscopica per singolo presidio, unità operativa e relativo tempo di ricovero ordinario e numero esecuzione in day surgery.

L'obiettivo ha un peso pari a 2 punti e non induce all'esecuzione dell'intervento entro un tempo di degenza inferiore al giorno e quindi mediante il day hospital. Gli interventi eseguiti in day hospital rispetto al totale degli interventi di colecistectomia laparoscopica: l'istogramma per entrambe le aziende campione non riesce a rilevare un valore significativo (fig. 24).

Fig. 24 - Colecistectomia in DH



Entrando nel merito dei tempi di degenza gli obiettivi assegnati e i risultati conseguiti.

In riferimento al seguente obiettivo: ridurre la durata della degenza post operatoria avente come indicatori: colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni/totale delle colecistectomie laparoscopiche (Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 70% Santo Spirito-Villa Betania; ≥ 80% San Filippo Neri; ≥ 85% P.O. Anzio - Nettuno e Paolo Colombo - Velletri; ≥ 70% P.O. Albano - Genzano.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: solo San Filippo Neri, no Santo Spirito.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 49% Frascati; 56% Albano; 47% Velletri; 70% Anzio.

Gli Autori hanno richiesto per opportuna verifica per l'anno 2015:

- n. colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni;
- n. totale delle colecistectomie laparoscopiche;
- n. colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 1 giorno e in day surgery.

I dati riferiti dalle aziende sembrano in netto contrasto con quanto presentato nel report 2014 dalla scuola Sant'Anna di Pisa che illustra percentuali vicine allo 0% riferite al numero di interventi effettuati in DH. Pertanto si resta in attesa del dato e della verifica dello stesso, auspicando che anche la Direzione Regionale faccia lo stesso.

In riferimento alla degenza pre-operatoria la Regione ha invece posto i seguenti obiettivi, trascurando il dato di partenza che pone il Lazio quale peggiore regione in Italia, seconda soltanto al Molise in termini di giorni di attesa antecedenti all'intervento.

In riferimento al seguente obiettivo: ridurre la durata della degenza pre-operatoria avente come indicatori: mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone (Fonte: SIO, SIES - periodo: entro il II semestre 2015).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 4 giorni per la Roma E e 5 per la Roma 6.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 100%

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 6 gg Frascati; 3 gg Albano; 7 gg Velletri; 5,5 gg Anzio.

Gli Autori hanno richiesto:

- n. di tutti gli interventi di frattura della tibia e o perone, tempo di degenza pre operatoria per singolo intervento ripartito per singola unità operativa (inclusa villa Betania) e presidio ospedaliero;
- descrizione azioni intraprese in termini di standardizzazione procedure e relativa delibera ed atti per contenere questa inappropriatezza.

La richiesta è rivolta al monitoraggio degli interventi ordinari programmati non urgenti con pre-ospedalizzazione maggiore di un giorno. I dati illustrano che il Lazio si colloca con valori superiori ai 2 giorni (2,24), pertanto si resta in attesa di verificare gli atti della ASL Roma 1 a supporto del conseguimento dell'obiettivo. Un paziente con un ricovero programmato non dovrebbe attendere più di un giorno prima dell'operazione in quanto gli esami medici necessari per l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale prima del ricovero. Il livello della Regione Lazio in riferimento a tale indicatore è pessimo, evolvendo da un giorno e mezzo per l'IFO fino a quasi tre giorni per il S. Andrea.

Efficienza nella qualità di processo

In questo ambito gli indicatori sono orientati a valutare la qualità professionale nell'adozione delle tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività dell'utilizzo delle stesse e correttezza di esecuzione. Tra gli indicatori più importanti troviamo la percentuale di pazienti

che effettuano un ricovero ripetuto entro 30 giorni, la percentuale delle fratture al femore operate entro i 2 giorni (standard 40%), o la percentuale di ricoveri da pronto soccorso presso reparti chirurgici con DRG appropriato alla dimissione.

Anche in questo caso le aziende che abbiamo considerato come campione di studio, partono da realtà completamente differenti, ma l'obiettivo ad esse assegnato è il medesimo. La Direzione Regionale si concentra sulla percentuale di interventi per frattura del femore di pazienti di età superiore ai 65 anni, che abbiano ricevuto la prestazione entro due giorni dall'ammissione al ricovero.

Tale intervento implica un trattamento chirurgico per riduzione della frattura e sostituzione protesica. A lunghe attese corrisponde un aumento del rischio di mortalità o disabilità del paziente, pertanto le raccomandazioni sono di ridurre entro le 24 ore il tempo di attesa antecedente all'intervento. Gli attori nell'ambito operativo sono non soltanto il reparto chirurgico, ma anche il pronto soccorso che deve essere perfettamente integrato con il reparto stesso. Le criticità del pronto soccorso sono determinate dall'inappropriatezza dei ricoveri, dovuti all'incapacità del territorio di assorbire le cronicità e le prestazioni ambulatoriali, nonché dall'inappropriatezza dei ricoveri.

L'obiettivo regionale e la risposta delle aziende campionate.

In riferimento al seguente obiettivo: percentuale di pazienti (età > 65) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (per osp. a gestione diretta) avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 55%; 30%-55%; < 30% e in aumento; < 30% e non in aumento.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: S. Filippo Neri 83,44%; S. Spirito 76,77%

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: Media 50,5% (49% Frascati, 51% Albano, 55% Velletri, 47% Anzio).

Gli Autori hanno richiesto per verifica alle Aziende (anni 2014 e 2015):

• n. di interventi (per relativo codice) per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento inferiore o uguale a 2 giorni;

• n. di interventi per frattura del femore per relativo codice;

• note per l'elaborazione Codici ICD9-CM in diagnosi principale:

- frattura del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale:

79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna

79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna

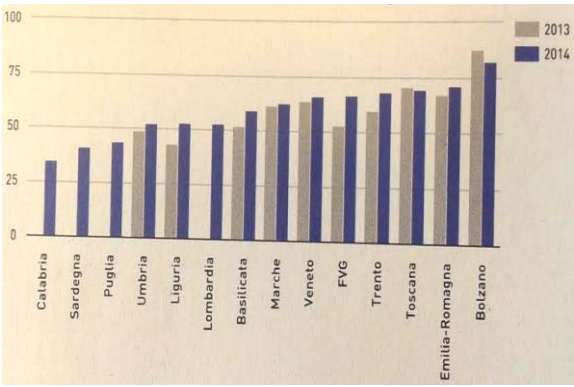
81.51 Sostituzione totale dell'anca

81.52 Sostituzione parziale dell'anca;

• atti, azioni, delibere, audit realizzati, procedure emanate al fine di ridurre gli interventi per frattura del femore con durata di degenza.

Le regioni aderenti al network, fuorché Calabria, Sardegna e Puglia, raggiungono lo standard delle 24 ore nel 55% dei casi. La casistica del 30% (obiettivo che, se superato, consente alle aziende laziali di conseguire quasi il massimo punteggio) è una soglia che identifica una pessima performance. È opportuno rilevare che la regione Lazio aveva nel 2008 un tasso di fratture al femore operate entro 2 giorni di poco superiore al 16%, peggiore solo alla Basilicata (fig. 25).

Fig. 25 - Indice fratture femore operate entro 2 gg



Nell'ambito della qualità dei processi riferiti al percorso nascita, gli indicatori prevalenti sono quelli che considerano il ricorso al parto cesareo rispetto al totale dei parti che dovrebbero essere inferiori alla soglia del 20%. Esistono altri indicatori importanti quali il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di nascita e in età pediatrica, o delle episiotomie e dei parti operativi. Lo standard proposto dall'*American College of Obstetricians and Gynecologists* riduce l'analisi alle donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV). Nel 2008 la Regione Lazio superava il 41% con i parti cesarei sul totale dei parti.

In riferimento al seguente obiettivo: percentuale parti cesarei primari (per osp. a gestione diretta) avente come standard rispettivamente agli indicatori: 18-23%; > 23% e in diminuzione; ≤ 18%; > 23% e non in diminuzione.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: S. Filippo Neri 34,8%; S. Spirito 30,68%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: Media 24% (26% Genzano *in aumento*, 20% Velletri, 26% Anzio *in diminuzione*).

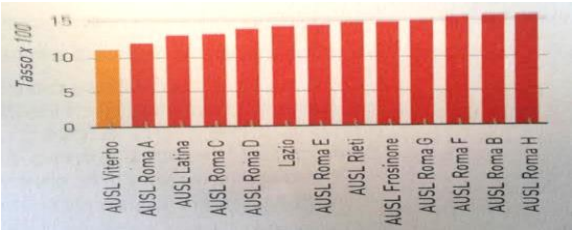
Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):
- n. di parti totali;
- n. di parti cesarei;
- atti, azioni, delibere, audit realizzati, procedure emanate al fine di ridurre i parti cesarei.

Il miglioramento rispetto al 2008 è stato notevole, ma la Regione, anche in questo caso, ha evitato di focalizzare l'attenzione sul *tasso di ospedalizzazione in età pediatrica o nel primo anno di vita nella cui gestione il Lazio si è dimostrato pericolosamente carente*.

Tali indicatori sono infatti collegabili ad una variabilità nei protocolli di accesso in ospedale e ad un'inappropriata modalità di ricovero in età pediatrica. Derivanti dalle carenze dell'assistenza territoriale riferita all'assenza della continuità assistenziale ed alla mancanza di presa in carico da parte dei PLS portando il Lazio tra le regioni peggiori del network (secondo solo alla Puglia). Le aziende laziali raggiungono tassi che si avvicinano o superano il 15% quando tutte le aziende nazionali oscillano su una media del 7-8%. Per arrivare a livelli di ospedalizzazione elevatissimi nel primo anno di vita, dove addirittura si sfiorano livelli che si avvicinano al 65% quando la media nazionale oscilla tra il 25 e 40%.

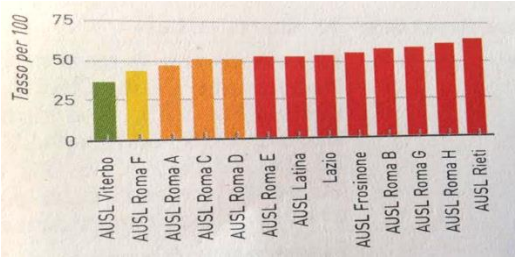
Viene spontaneo chiedersi perché la Regione non abbia avuto la sensibilità di curare e presidiare questi aspetti piuttosto che orientarsi verso un obiettivo più facilmente conseguibile e le cui criticità non siano tanto marcate (figure 26 e 27).

Fig. 26 - Ospedalizzazione età pediatrica (media nazionale 7-8%)



La Roma 6, la peggiore in Italia, avrebbe dovuto avere un obiettivo adeguato per contenere il fenomeno.

Fig. 27 - Ospedalizzazione primo anno di vita (media nazionale 35-40%)



Anche in questo caso gli obiettivi regionali sarebbero dovuti essere orientati adeguatamente per contenere il fenomeno.

Altri obiettivi attinenti l'efficienza nella qualità di processo sono relativi alle liste ed ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche o ai ricoveri programmati ospedalieri. È stato illustrato quali siano i fattori e le determinanti del processo che concorrono alla riduzione dei tempi di attesa. Di certo l'inserimento completo delle agende nell'ambito del sistema ReCUP e l'ottimizzazione del processo attraverso:

- la pianificazione e programmazione in termini di budget delle prestazioni specialistiche ambulatoriali *istituzionali, anche per singolo medico*;
- l'impedimento della chiusura periodica ed illecita delle agende ReCUP;
- una metodica apertura degli ambulatori in base al fabbisogno effettivo del territorio;
- eliminazione del conflitto di interesse esercitato dai medici Autorizzati all'esercizio attività libero professionale limitante l'erogazione delle prestazioni istituzionali;
- la riorganizzazione del funzionamento del sistema informativo centrale per la gestione del ReCUP integrando il sistema informativo regionale con quelli aziendali.

In riferimento al seguente obiettivo: aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP avente come indicatori: n. prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/n. totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: < 60%: inadempiente; ≥ 60% e < 70%: parzialmente adempiente; ≥ 70% totalmente adempiente.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 77% delle prestazioni critiche.

Viene dichiarato dalla Roma H il seguente risultato: 63%.

Gli Autori hanno richiesto per verifica (anni 2014 e 2015 con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi):
- n. prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi);
- n. totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi);
- n. totale prestazioni specialistiche erogate prenotate mediante ReCUP (tutto l'anno 2015 e 2014);
- n. totale delle prestazioni specialistiche erogate (tutto l'anno 2015 e 2014);

- n. totale di prestazioni specialistiche erogate a residenti presso privati, e presso altre aziende sanitarie pubbliche esterne alla ASL (mobilità passiva) (tutto l'anno 2015 e 2014):

1) indicazione puntuale delle ore totali di apertura ambulatori per disciplina inserite in agenda ReCUP (prenotabilità effettiva)

2) indicazione puntuale delle ore totali di apertura ambulatori per disciplina

3) i dati ReCUP: disponibilità di tutte le agende classificate per singola disciplina e indicazione dell'eventuale chiusura delle stesse con indicazione puntuale del periodo;

- indicazione totale del tipo di tutti gli ambulatori specialistici presenti nel territorio e negli ospedali, orario di apertura degli stessi, numero totale di ore di apertura annuale per ambulatorio, numero di medici specialisti afferenti, numero di prestazioni erogate per singolo ambulatorio negli anni di riferimento;

- eventuale utilizzo dello strumento di programmazione/razionalizzazione mediante elaborazione del budget delle prestazioni ambulatoriali basato sull'applicazione del Tempario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

- raffronto prestazioni/ore per quanto riguarda l'attività degli specialisti SUMAI.

In riferimento al seguente obiettivo: completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: radiologia; RM; chirurgia vascolare; ostetricia e ginecologia; cardiologia; gastroenterologia; avente come indicatori (limitatamente alle discipline considerate): ore di agenda visibili al ReCUP e strutture per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP (indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: l'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. < 60%: inadempiente; ≥ 60% e < 70%: parzialmente adempiente; ≥ 70% totalmente adempiente.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: rivelazione al luglio 77,49%, ad ottobre 60,15.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: calcolo non disponibile per la settimana.

Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):

- n. totale di ore annue in agenda ReCUP delle discipline radiologia, RM, chirurgia vascolare, ostetricia e ginecologia, cardiologia, gastroenterologia;

- n. totale di ore annue in agenda ReCUP;

- i due dati richiesti sopra anche limitatamente sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016;

- n. totale ambulatori che erogano prestazioni nelle medesime discipline e ore totali annue di apertura (disponibilità potenziale);

- n. di prestazioni totali annue erogate per singolo ambulatorio riferito alle discipline dell'obiettivo;

- n. di medici specialisti afferenti ai rispettivi ambulatori (produttività per ambulatorio);

- n. totale di ore di chiusura annue delle agende distinte nelle discipline dell'obiettivo.

In riferimento al seguente obiettivo: attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali avente come indicatori: copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche):

a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. indice)/(30*media giornaliera erogato ad accesso diretto)

b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. indice)/(30*media giornaliera erogato).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: devono essere, contemporaneamente: *a)* ≥ 50%; *b)* ≥ 70%.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: pubbliche 5,5%; private 100%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: l'attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa è fatto regolarmente.

Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):

- copia dei report relativi all'inserimento e al numero di prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (anche delle aziende accreditate, ma distinte), illustrazione dati;

- n. delle prenotazioni non inserite in Monalisa (anche accreditate, ma distinte);

- indicare tutti i periodi di chiusura delle agende nei rispettivi anni per singola disciplina o branca;

- in alternativa, per verifica diretta delle sottostanti prestazioni appartenenti alla seguenti branche: medicina fisica e riabilitazione; radiologia diagnostica; cardiologia; varie prestazioni; ortopedia e traumatologia; dermosifilopatia; oculistica; ostetricia e ginecologia; otorinolaringoiatria; chirurgia generale; odontostomatologia; neurologia; pneumologia; urologia; gastroenterologia; chirurgia vascolare, angiologia; endocrinologia; medicina sportiva; anestesia; oncologia; prestazioni non sanitarie; medicina nucleare; nefrologia; psichiatria; chirurgia ambulatoriale/diagnostica invasiva; risonanza magnetica; chirurgia plastica; neurochirurgia.

1) Indicare n. erogazioni per stato: disdetto; non presentato; eseguito; prenotato; forzato.

2) Indicare data di prenotazione per singola prestazione.

3) Indicare data di erogazione per singola prestazione.

L'attività libero professionale è uno dei fattori che concorrono all'accrescimento delle liste e del tempo di attesa per accedere alle prestazioni istituzionali, malgrado l'intento apparente sia proprio quello di ridurlo ed offrire all'utenza una pari opportunità nella scelta. In realtà il sistema Alpi è gestito all'interno delle aziende in modo tale che coloro che dovrebbero erogare anche le prestazioni istituzionali non vengono monitorati nei volumi di produzione. La produttività invece si accresce a dismisura quando si tratta di prestazioni a pagamento. A monte c'è un conflitto di interesse esercitato *in primis* dal gestore del sistema ReCUP aziendale, il quale in taluni esempi campionati limita l'offerta aziendale meditante prenotazione pubblica non inserendo in modo completo le agende aziendali disponibili o chiudendole appositamente. L'attività Alpi inoltre è svolta molto spesso in forma allargata e non controllabile direttamente dall'azienda, tanto meno nel processo di fatturazione e riscossione.

In riferimento al seguente obiettivo: trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in Alpi (inclusa Alpi allargata) avente come indicatori, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in Alpi nel IV trimestre 2015: valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/Ricavo complessivo derivante delle prestazioni ambulatoriali Alpi riportato nel conto economico (voce A.4.D.2).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: < 50%: inadempiente; ≥ 50% e < 70%: parzialmente adempiente; ≥ 70% totalmente adempiente.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 62,54%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 40,17% tutti i professionisti che svolgono attività Alpi interna sono stati portati in ReCup.

Gli Autori hanno richiesto alla Roma 1 (anni 2014 e 2015):

• n. e valore totale delle prestazioni erogate in Alpi in forma allargata;

• n. e valore totale delle prestazioni erogate in Alpi interna;

• n. e valore delle prestazioni Alpi prenotate mediante ReCUP in entrambe le forme;

• rapporto dettagliato sui seguenti quesiti:

- se sia stato vigente un sistema informativo interno dedicato all'Alpi e se sono caricati in esso i relativi dati riferiti alle prestazioni erogabili e le Autorizzazioni all'esercizio

- se sia vigente la contabilità separata effettiva (non la ripartizione di 3 sottoconti del conto economico), ma inclusiva anche dello stato patrimoniale dedicato

- se tutta l'attività Alpi sia svolta all'interno dell'azienda e quanto ancora viene svolta in forma allargata in termini di volume e fatturato

- se le prenotazioni anche di quella allargata, la relativa fatturazione e l'incasso venga controllata ed effettuata direttamente dall'azienda

- se gli investimenti patrimoniali relativi all'attività, già finanziati dalla regione, abbiano soddisfatto le esigenze di accoglienza dell'attività presso le strutture interne (inviare mappatura delle strutture presso cui è attualmente svolta l'attività).

Gli Autori hanno richiesto appositamente alla Roma 6 (anni 2014 e 2015): in riferimento all'audit interno sull'attività libero professionale svolto dalla ASL Roma 6 nell'anno 2012 e del successivo follow up in cui venivano segnalati specifici rilievi e raccomandazioni, si richiede rapporto dettagliato sui seguenti quesiti:

- se sia stato implementato il sistema informativo interno (già acquistato all'epoca) dedicato all'Alpi e se sono stati caricati i relativi dati riferiti alle prestazioni erogabili e le Autorizzazioni all'esercizio;

- se sia stata avviata la contabilità separata effettiva (non la ripartizione di 3 conti del bilancio) come raccomandato;

- se tutta l'attività Alpi sia stata riportata all'interno dell'azienda e quanto ancora viene svolta in forma allargata;

- se le prenotazioni anche di quella allargata, la relativa fatturazione e l'incasso venga controllata ed effettuata direttamente dall'azienda;

- se gli investimenti patrimoniali relativi all'attività, già finanziati dalla regione, abbiano soddisfatto le esigenze di accoglienza dell'attività presso le strutture interne (inviare mappatura delle strutture presso cui è attualmente svolta l'attività).

In questo caso si rileva una risposta non pertinente da parte dell'azienda Roma 6, la quale dichiara che il 40% dei professionisti che svolgono attività Alpi interna sono stati portati sul sistema ReCUP, omettendo però che circa il 95% dell'attività viene svolta in forma allargata fuori dall'azienda (malgrado le disposizioni volte a ricondurla all'interno della struttura aziendale) e che questa quota di attività non solo non è inserita nel ReCUP, ma neanche in alcun sistema di controllo informativo interno aziendale. L'Alpi è svolta completamente in forma arbitraria ed indipendente dai medici senza il rispetto di nessuna procedura di controllo e trasparenza. Nell'anno 2012 l'azienda stessa produsse un audit interno in cui vennero illustrate tutte le caren-

ze e criticità (inclusa l'assenza di una contabilità separata) e in esso furono evidenziate tutte le azioni che si sarebbero dovute compiere al fine di riportare l'attività sotto il controllo aziendale. Purtroppo, da allora non è stato dato seguito ad alcuna azione. Tutti quegli obiettivi che hanno a che fare con la formazione del personale, con la gestione dei flussi informativi e con l'effettuazione di appositi audit clinici o di processo spesso sono fini a se stessi e non contemperano un approfondimento in merito alla risoluzione del problema organizzativo o procedurale. Per esempio, nell'ambito dei sistemi informativi viene richiesta la partecipazione a riunioni presso la LAIT e il caricamento dei flussi sul sistema, ma non viene richiesta verifica qualitativa dell'inserimento finalizzato all'effettiva fruibilità del dato. Altro esempio, la formazione spesso è soltanto un elemento di copertura per giustificare l'assenza di azioni specifiche atte alla ottimizzazione dei processi. Infatti, non basta inserire nel programma degli ECM formativi per i medici di medicina generale in materia di appropriatezza prescrittiva se poi non si verifica in che percentuale vi abbiano partecipato, se i partecipanti siano effettivamente coloro con le criticità di inappropriatezza più elevate, se il corso abbia comportato dei risultati misurabili.

Di seguito gli obiettivi regionali.

*In riferimento al seguente obiet*tivo: realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate, ai fini dell'erogazione dei LEA (allegato tecnico, D.M. 22 aprile 2014) avente come indicatore: inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/Acceleratori L./PETTC/Sistemi robotizzati/Gamma camere/TC-Gamma camere) per le strutture pubbliche e private accreditate.

Avente come standard: partecipazione ad incontri presso la Regione Lazio per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate).

Viene dichiarato dalla Roma 1e dalla Roma 6 il seguente risultato: 4 incontri effettuati presso la Regione Lazio e LAIT. Flussi caricati sul sistema NSIS.

Gli Autori hanno richiesto:

1) verbali degli incontri presso la Regione Lazio e la LAIT ed esplicazione dettagliata esito degli stessi;

2) n. di prestazioni distinte in TAC/RMN/Acceleratori L./PETTC/Sistemi robotizzati/Gamma camere/TC-Gamma camere risultanti da NSIS anno 2015 ripartite per unità operativa e aziende pubbliche e accreditate;

3) n. di prestazioni distinte in TAC/RMN/Acceleratori L./PETTC/Sistemi robotizzati/Gamma camere/TC-Gamma camere effettuate come risultano dal sistema informatico della radiologia RIS.

Il controllo sviluppato su quanto dichiarato dalle aziende è stato teso alla verifica della fruibilità stessa del sistema informativo, soprattutto qualitativa e non sulla sterile partecipazione o sulla dichiarazione dell'inserimento del dato fine a se stesso.

In riferimento al seguente obiettivo: rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post acuzie avente come indicatori: n. di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/n. di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie.

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: 100%.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 100%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 13,25%.

Gli Autori hanno richiesto:

1) il nome del responsabile Struttura Aziendale di Monitoraggio e Controllo delle Attività di Ricovero;

2) quale sia il set di idonei indicatori e costituiscono la base per la selezione della casistica da sottoporre al successivo controllo analitico di secondo livello, da effettuarsi sulla SDO e sulla cartella clinica o direttamente in reparto con un medico referente o con il responsabile dell'unità operativa;

3) il relativo report contenente gli indicatori che deve essere inviato con cadenza trimestrale al Dipartimento;

4) quante sono le SDO totali ripartite per centro di responsabilità;

5) quante siano le SDO relative ai ricoveri che la struttura di degenza non ha inviato all'Ufficio preposto per la registrazione dei dati entro tre giorni dalla dimissione ripartite per centro di responsabilità;

6) quante sono le SDO non validate e quelle validate certificate dal dirigente responsabile;

7) la frequenza degli errori logico-formali riscontrati in fase di acquisizione sul numero medio di diagnosi e di interventi/procedure;

8) il numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie;

9) il numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie.

Le richieste sono state orientate al monitoraggio della sussistenza dei requisiti organizzativi e di processo secondo normativa vigente piuttosto che attenersi alle dichiarazioni delle aziende.

In riferimento al seguente obiettivo: sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica avente come indicatori: n. di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015.

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 2 eventi formativi realizzati.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 100%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 11 eventi formativi.

Gli Autori hanno richiesto:

1) documenti relativi all'effettuazione dei singoli corsi, denominazione e oggetto del corso, dettagli sui partecipanti in termini di numero, nome, qualifica, funzione, struttura presso cui esercita ed attestati di partecipazione;

2) n. totale dei medici di medicina generale afferenti alla ASL;

3) n. totale dei medici specialisti ambulatoriali afferenti alla ASL;

4) l'analisi degli scostamenti riferita ai singoli MMG (2014-2015), in particolare indicazione nominativa di coloro i quali hanno presentato una spesa pro capite superiore al target regionale;

5) dati 2014-2015 su appropriatezza prescrittiva: numero ricette non appropriate per singolo medico medicina generale (identificabile) e classe terapeutica e numero totale di ricette per singolo medico medicina generale afferenti alla ASL;

6) per singolo medico che ha partecipato ai corsi: il numero di ricette totali, spesa netta, quantità confezioni erogate divise per ATC.

In riferimento al seguente obiettivo: attivare, diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi avente come indicatori: n. di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e n. indagini di qualità percepita dei servizi.

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: (3 eventi formativi realizzati e 2 questionari qualità).

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: (3 eventi formativi realizzati e 2 indagini).

Gli Autori hanno richiesto:

1) documenti relativi all'effettuazione dei singoli corsi, denominazione e oggetto del corso, dettagli sui partecipanti in termini di numero, nome, qualifica, funzione, struttura presso cui esercita ed attestati di partecipazione;

2) dettagli sull'esito dell'indagine rivolta ai cittadini sulla qualità dei servizi in termini: questionario erogato, luogo di somministrazione, dati su campione di riferimento (numero e luogo servizio erogato), rapporto e analisi finale dati, esecutore e responsabile del rapporto.

L'accertamento sull'esito del questionario e le azioni che ne conseguono rappresentano il fulcro sostanziale per cui è stata prevista la somministrazione del questionario stesso.

Sono stati assegnati infine altri obiettivi, il cui senso lasciamo al lettore, finalizzati al monitoraggio della situazione patrimoniale aziendale. Ovvero, dopo decenni di attività aziendale, ancora non esiste un censimento del patrimonio immobiliare né in termini di destinazione d'uso e né in termini di valorizzazione economica patrimoniale. Ci si potrà chiedere a questo punto in base a quale indicazioni vengano assegnati gli appalti alle ditte di pulizie che richiedono precise metrature con ripartizioni delle aree di rischio.

Di seguito gli obiettivi di cui però appare superfluo riportare le risposte da parte delle aziende in quanto consistenti nella semplice dichiarazione di applicazione di procedure e di attuazione di sistemi di controllo che sarebbero da considerarsi requisito minimo di conoscenza per poter gestire operativamente un'azienda.

Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3

Avente come indicatori:

1) ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistemazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere;

2) modalità di utilizzo e costi di gestione: analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità;

3) strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione.

Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015

Non si spiega a questo punto come sia stato gestito in questi anni il patrimonio immobiliare delle aziende, e i relativi appalti ad esso correlati, tra cui vettori energetici, ristrutturazioni e pulizie.

Livello di integrazione ospedale territorio

È questo uno degli obiettivi più decantati dai piani operativi e che avrebbe dovuto concretizzarsi attraverso gli atti aziendali, i piani strategici e nella loro implementazione. Da tale intento nascono le case delle salute, i percorsi terapeutici dedicati ai cronici, la presa in cura, la ricetta elettronica, i dipartimenti trasversali territorio-ospedale, l'ottimizzazione della organizzazione territoriale soprattutto negli aspetti legati alla prevenzione, l'assistenza domiciliare.

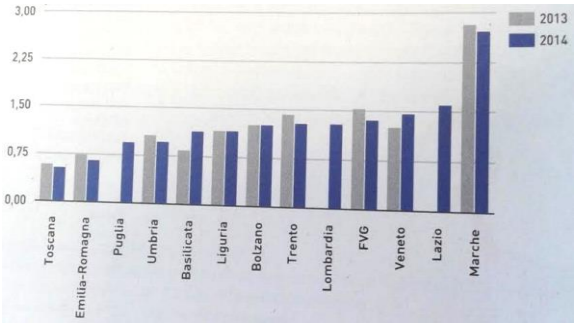
Il problema è focalizzabile nella continuità delle cure tra specialisti ospedalieri e territoriali, anche in considerazione dell'incremento delle specializzazioni in termini di competenza sanitaria, di fatto le organizzazioni attuali non hanno implementato alcun modello organizzativo finalizzato a tale obiettivo. Il tutto si traduce quindi in inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, in mancata presa in carico, in inefficacia della cura, in percezione di abbandono da parte del paziente, addirittura in rinuncia alla cura stessa, e per finire in inappropriato ricorso al pronto soccorso considerato quale unico riferimento per fronteggiare fabbisogno sanitario.

Gli indicatori per il monitoraggio dell'integrazione territorio ospedale sono quelli che misurano direttamente o indirettamente l'efficacia dell'attività territoriale. Indicatori indiretti sono quelli che misurano le ospedalizzazioni che superano i 30 giorni, o le ospedalizzazioni ripetute, o per patologie specifiche legate alla cronicità, o anche il ricorso al pronto soccorso in casi di evidente inappropriatezza o ancora indicatori riferiti al disagio mentale quali la percentuale di ricoveri ripetuti tra otto e trenta giorni per patologie psichiatriche. Anche il cattivo utilizzo degli esami diagnostici implica un pessimo indice di integrazione, specialmente quelli riferiti alla risonanza magnetica se ripetuta entro 12 mesi, e tutti i problemi legati all'appropriatezza prescrittiva.

Un primo dato riferito al livello di ospedalizzazione superiore ai 30 giorni, già evidenzia una criticità pesante nel Lazio: il territorio è privo di capacità ricettiva e non garantisce sufficientemente la continuità assistenziale.

La carenza sta proprio nei ricoveri che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo predefinito e sulla base di un preciso progetto assistenziale. Sembra che si vada proprio nella direzione opposta. Le RSA non riescono più a saturare i posti letto a causa di un gravoso sistema di ripartizione della spesa che va a pesare sui pazienti stessi e sulle loro famiglie, il nuovo calcolo del modello ISEE include nel reddito del paziente anche quello dei familiari e penalizza l'accesso nelle strutture con modalità economicamente sostenibili. Questo fattore va a discapito dell'indicatore che monitora le lungodegenze ospedaliere inappropriate (fig. 28).

Fig. 28 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per ricoveri con degenza superiore a 30 gg. per 1.000 residenti



Come si evince dalla fig. 28, il Lazio detiene, dopo le Marche, il peggior indice di ospedalizzazione oltre i 30 giorni di degenza. L'obiettivo più vicino all'analisi di questo indice, che la Regione ha attribuito ai direttori generali, è stato quello relativo al monitoraggio del ricovero di alcune patologie evitabili in ricovero ordinario, tra le quali l'asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni vie urinarie, polmonite batterica dell'anziano, BPCO.

In riferimento al seguente obiettivo: somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età) avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≤ 530; 530-560; > 560 e in diminuzione; > 560 e non in diminuzione; con rispettivo punteggio pari a 9 - 6 - 3 - 0.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: (tab. 4).

Tab. 4 - Tassi di ospedalizzazione per patologie croniche Asl Roma 1

Patologia	N. tot. Ricoveri	tasso di ospedalizzazione grezzo	tasso di ospedalizzazione standardizzato
Diabete	143	26,2	25,8
BPCO	206	37,8	37
Scompenso cardiaco	1.306	239,5	232,9
Asma pediatrico *	49	39,8	38,4
Infezioni urinarie	165	30,2	29,8
Polmonite batterica	268	157,8	154,7
TOTALE			489,6

* il valore è stato riproporzionato per fasce di età (9,4)

La proiezione annua della somma ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per le patologie indicate è pari dunque a 489,6%

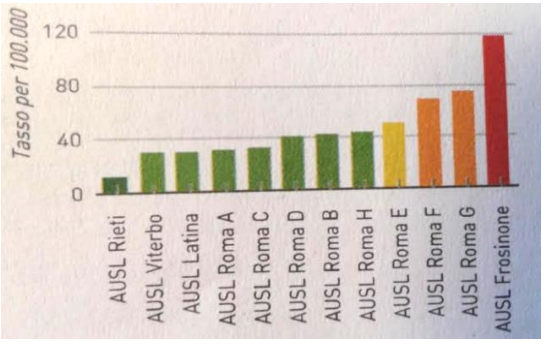
Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: si richiedono codici specifici diagnosi principali per verificare i ricoveri. (in pratica non sa individuare nel nomenclatore le prestazioni inerenti a diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco, Asma pediatrico, infezioni vie urinarie, polmonite batterica). La regione non risponde.

Gli Autori hanno richiesto il seguente dato (anni 2014 e 2015): in base alle diagnosi principali individuate afferenti alle patologia evitabili in ricovero:

- n. ricoveri per asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica dell'anziano, BPC ripartiti per fascia di età;
- azioni e delibere atte al contenimento dei ricoveri su patologie evitabili in ricovero;
- azioni e delibere relative alla presa in carico dei pazienti cronici;
- n. di accessi presso case della salute per tali patologie;
- n. di accessi ai pronto soccorso per tali patologie.

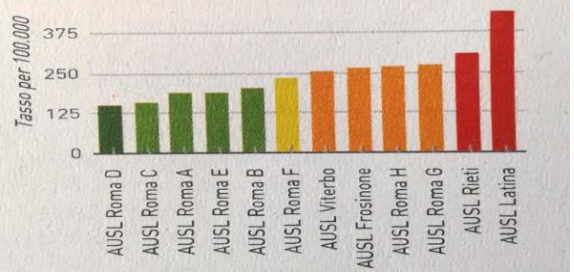
Considerando lo stato di salute della popolazione, non si può non tenere conto dell'indirizzo che si sarebbe dovuto perseguire assegnando obiettivi con soglie differenziate degli indicatori. Molti territori, come il frusinate, risentono molto di più dell'inquinamento ambientale che incide pesantemente rispetto ad altri territori, come, ad esempio, l'asma pediatrica (fig. 29).

Fig. 29 - Tasso ospedalizzazione pediatrico per asma



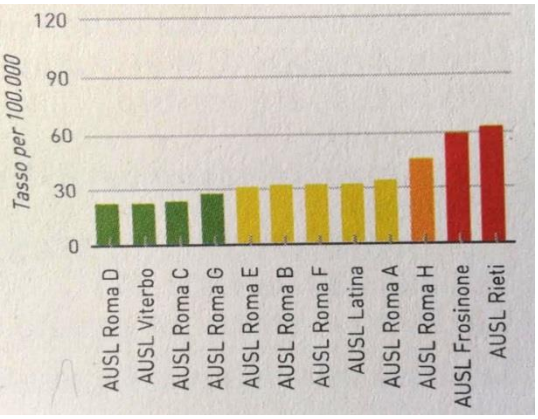
Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, l'aumento progressivo della popolazione anziana avrebbe dovuto indurre le aziende ad attuare politiche territoriali mirate soprattutto verso la popolazione compresa tra i 50 e 74 anni. I ricoveri, soprattutto se ripetuti, denotano l'incapacità di prendere in carico il paziente. Essendo una malattia cronico degenerativa potrebbe comunque comportare il ricovero, ma dovrebbe essere giustificato solo per i casi più complessi (fig. 30).

Fig. 30 - Tabella tasso ospedalizzazione scompenso cardiaco



Il diabete è una delle patologie croniche che potrebbe acutizzarsi determinando nel lungo periodo aggravamenti (diabete scompensato) che necessariamente comportano l'ospedalizzazione. L'assistenza territoriale integrata e la presa in carico del paziente diventa determinante al fine di prevenire, diagnosticare e curare evitando l'ospedalizzazione. L'indicatore che valuta l'appropriatezza organizzativa territoriale è il tasso di ospedalizzazione per diabete su target residente con età compresa tra i 35 e 74 anni (fig. 31).

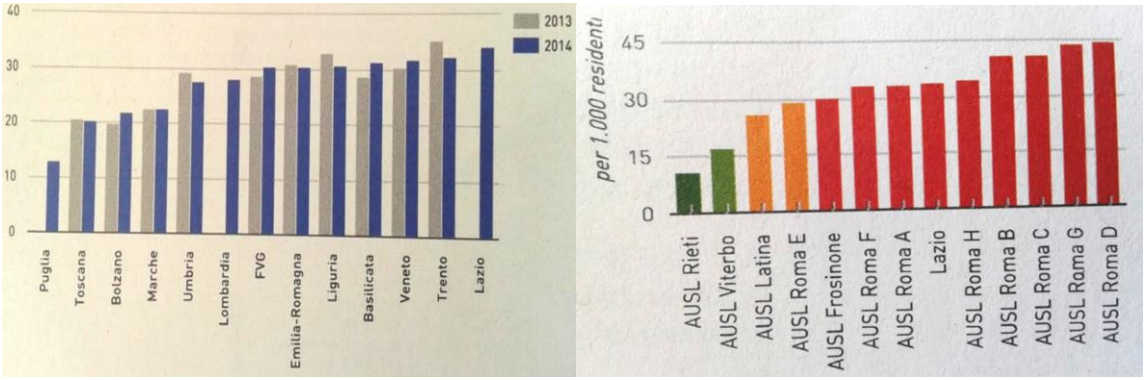
Fig. 31 - Tasso di ospedalizzazione diabete



Le bronco penumopatie cronico ostruttive, sono anch'esse patologie degenerative per le quali non esistono farmaci risolutivi, pertanto diventa anche in questo caso importante definire dei percorsi terapeutici di diagnosi e trattamento atti ad evitare l'ospedalizzazione.

La considerazione di quanta importanza si debba, e nei piani operativi apparentemente si sia anche data, all'assistenza territoriale per la presa in carico dei cronici induce a riflettere su quanto opportuno sarebbe stato assegnare obiettivi più specifici nell'ambito del monitoraggio dell'organizzazione e integrazione territoriale con quella ospedaliera. Tali indicatori riferiti all'ospedalizzazione avrebbero dovuto indurre la

Fig. 32 - Ricorso a risonanza magnetica muscolo scheletrica



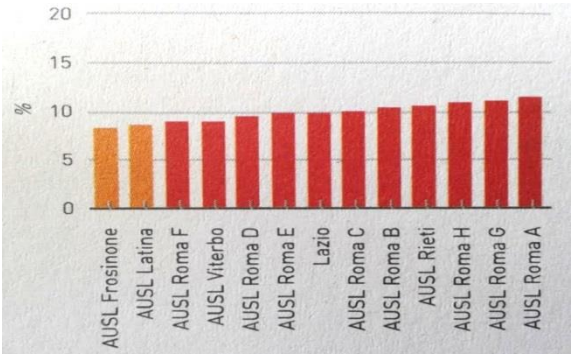
Regione al monitoraggio dei singoli percorsi terapeutici riferiti alle malattie croniche, al monitoraggio del ricorso dei malati cronici sia al ricovero ordinario, ma anche all'assistenza in emergenza, e avrebbero dovuto indurre la regione a monitorare il coinvolgimento dei medici di medicina generale nell'effettiva e controllabile presa in carico dei pazienti. In questa prospettiva sono state inoltrate anche istanze, attraverso una risoluzione approvata dal Consiglio, volta a spingere l'informatizzazione del sistema al fine di interfacciare il pronto soccorso con il territorio: qualora il cronico facesse ricorso all'emergenza, il presidio dovrebbe segnalare l'assistito al medico di medicina generale il quale sarebbe da quel momento responsabilizzato sul percorso terapeutico del paziente. La Regione non ha ancora iniziato ad implementare quanto contenuto nella risoluzione.

Altro indicatore di efficiente organizzazione territoriale è quello riferito all'appropriatezza prescrittiva diagnostica inerente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e a quelle di diagnostica per immagini. Nello specifico le prestazioni di risonanza magnetica, muscolo scheletrica, nei pazienti con età superiore ai 65 anni diventa una prescrizione ad alto rischio di inappropriatezza. Gli indicatori più comuni utilizzati per il controllo dell'appropriatezza sono l'incidenza generale delle prestazioni ambulatoriali, delle prestazioni di diagnostica, delle tac, delle risonanze magnetiche per residente e dei pazienti che le ripetono entro l'anno. Anche in questo ambito la Regione Lazio risulta essere la regione con i peggiori indicatori, ovvero si abusa dell'utilizzo di prestazioni diagnostiche senza che si eserciti un controllo diretto su di esse. Questo fattore è naturalmente concausa dell'abnorme fenomeno delle liste di attesa per l'esecuzione delle prestazioni, aggravato anche dalla gestione delle agende e dall'assenza di pianificazione, budgeting e di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni istituzionali per singola disciplina e singolo medico.

L'artrosi degenerativa per pazienti ultra 65enni, induce il ricorso all'utilizzo della Risonanza Magnetica per la formulazione della diagnosi, malgrado lo strumento non dia un diagnosi definitiva e che possano essere effettuati esami alternativi. La sensibilizzazione dei prescrittori dovrebbe essere attuata dalle aziende sanitarie al fine di contenere il ricorso a tale strumento diagnostico. Il Lazio si posiziona infatti come la regione che ricorre maggiormente a tale strumento diagnostico con quasi 35 prestazioni ogni mille residenti ultra sessantacinquenni (fig. 32).

È altissima per il Lazio anche l'incidenza di coloro che ricorrono alla risonanza magnetica del rachide lombo sacrale, ginocchio ed encefalo. Sono tantissimi i pazienti che ripetono l'esame entro i 12 mesi dalla prima volta, dimostrando quanto potenzialmente sia usato in maniera impropria tale strumento. È infatti una delle metodiche più costose e spesso non decisiva al fine di ottenere una scelta terapeutica atta alla risoluzione del quadro clinico. L'uso improprio della prescrizione per singola azienda del Lazio è illustrato nella fig. 33.

Fig. 33 - Incidenza pazienti che ripetono RM lombari



Quindi la Regione avrebbe potuto canalizzare gli obiettivi evidenziando puntualmente le criticità nell'ambito dell'utilizzo inappropriato della RM su un target focalizzato. Malgrado ciò attribuisce alle direzioni generali un obiettivo più generico riferito al ricorso totale alla risonanza magnetica sul totale della popolazione, senza tenere conto degli utilizzatori critici indi-

viduabili in target ben definiti. Ma il paradosso dell'obiettivo assegnato, *oltre al fatto che non viene misurata l'appropriatezza prescrittiva indirizzata a preciso target*, sta nell'assegnare la massima valutazione possibile alle aziende che erogano questa prestazione nell'ambito di una fascia comprensiva tra le 5,1 e le 7,5 prestazioni ogni 100 abitanti.

In riferimento al seguente obiettivo: n. prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti avente come standard rispettivamente agli indicatori: 5,1-7,5 estremi inclusi; 3-5,1 o 7,5-9; < 3 e in aumento o > 9 e non in aumento; < 3 e non in aumento o > 9 e in aumento.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: n. prestazioni di risonanza effettuate (primi 9 mesi 2015) = 23.397; popolazione residente (fonte: Comune di Roma, residenti RME al 31 dicembre 2014) = 545.234; indicatore: 23.397/545.234*100 = 4,3%. Proiezione annua: 5,7%.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 7,4%, ma riferendosi:

- sino al mese di dicembre 2015 (escluso il 13° mese) per le strutture pubbliche;
- sino al mese di novembre 2015 per le strutture private accreditate;
- sino al mese di settembre 2015 per i dati di mobilità passiva.

L'intento era di monitorare la capacità produttiva interna all'azienda in termini di erogazione del servizio di risonanza magnetica alla popolazione residente e non di contare quanti pazienti residenti hanno fatto ricorso alla risonanza magnetica anche in mobilità passiva o presso strutture private o in modo inappropriato in base a prescrizione inappropriata da parte del medico; così formulato l'obiettivo è duplicato: presente sia nella tabella Lea e sia in quella degli obiettivi tematici; la risposta all'obiettivo tematico LDA_2 in cui la direzione ASL Roma 6 ha dichiarato nella relazione: "La ristrutturazione per classe di priorità delle agende relative alle discipline indicate è stata fatta su tutte le discipline ad eccezione della RMN (per mancanza di appuntamenti disponibili in quanto in azienda è presente una sola RMN occupata per i pazienti degenti "interni). Da ciò discende che l'esito del raggiungimento dell'obiettivo di monitoraggio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate di RMN, non è attendibile.

Gli Autori hanno richiesto per verifica (anni 2014 e 2015): il numero effettivo delle prestazioni ambulatoriali di RM, quindi prenotabili mediante ReCUP ed erogate a pazienti non interni.

Si evince comunque, anche in questo caso, come *si esuli effettivamente dal perseguimento dell'obiettivo reale di contenimento delle inappropriatezze in termini di prescrizioni diagnostiche ad alto costo* e si tenda a premiare o a rendere raggiungibili da parte di tutte le direzioni aziendali gli obiettivi stessi, depurato da ogni significato incentivante o correttivo.

I disturbi mentali e le dipendenze rivestono sempre di più un ruolo preponderante nell'ambito dell'assistenza distrettuale proprio per l'elevata frequenza delle patologie e per gli alti costi sociali, oltre che economici, che ne conseguono. L'Organizzazione Mondiale Sanità stima un accrescimento futuro delle patologie legate al disagio mentale, sia per il continuo invecchiamento della popolazione, sia per le condizioni sociali che progressivamente intaccano gli stili di vita. Per questo la diagnosi precoce di tali patologie è considerabile obiettivo prioritario. Esistono a livello nazionale degli standard atti a garantire le procedure ottimali per il trattamento della patologia mentale a livello territoriale che tendono a favorire l'integrazione sociale piuttosto che la cura ospedaliera o coercitiva. Analizzando l'incidenza dei ricoveri ripetuti entro 30 o 7 giorni, per patologie psichiatriche, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (schizofrenia, psicosi, disturbi umore, depressione, ansia, disturbi personalità, demenze, dipendenze, ecc.), la degenza media per patologie psichiatriche, il contatto con il DSM entro 7 giorni a seguito di dimissione ospedaliera, e soprattutto il tasso di abbandono dei progetti o processi terapeutici, si può constatare la pluralità degli indicatori atti a valutare la proattività territoriale e la capacità di presa in carico del paziente.

La Regione Lazio ha preferito assegnare un obiettivo che nulla ci dice sulla capacità dell'azienda di limitare le ospedalizzazioni. Naturalmente tutti obiettivi superati agevolmente dalle direzioni generali in quanto basati sul numero di utenti presi in carico dai centri di salute mentale. Non si parla di progetti, non si parla di ospedalizzazione.

In riferimento al seguente obiettivo: utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 abitanti avente come standard rispettivamente agli indicatori: ≥ 10,2; ≥ 6,3 e < 10,2; < 6,3 e in aumento; < 6,3 e non in aumento.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: Gli utenti presi in carico dal DSM in tutto il 2015 sono 10,4% per 1.000 abitanti (l'indicatore riporta erroneamente per 100.000 abitanti).

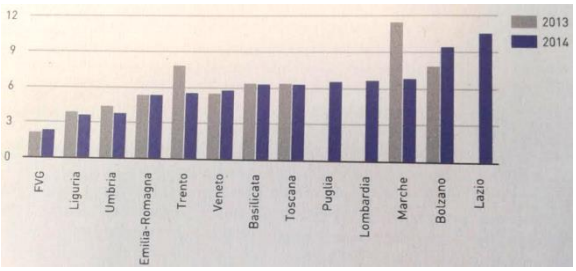
Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 15,45, ovvero, viene dichiarato che gli utenti del DSM risultano 15,45.

Gli Autori hanno richiesto per verifica (anni 2014 e 2015):

- utente del DSM non necessariamente corrisponde ad utente preso in carico;
- n. utenti DSM cui è stato assegnato un programma terapeutico.

Se si osserva la percentuale dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche, torniamo a vedere per il Lazio una situazione disastrosa. Verificare semplicemente le utenze del DSM, nulla ci dice sull'effettiva attività degli stessi. Anche nei LEA è auspicabile abbandonare il concetto di prestazione in merito al disagio mentale e puntare ad un approccio che punti al progetto terapeutico individuale e all'integrazione sociale del paziente. L'utente deve essere coinvolto attivamente in tutte le fasi, dalla diagnosi, alla terapia, alla riabilitazione, finalizzato al miglioramento qualitativo della vita e alla soddisfazione del paziente e dei suoi familiari (fig. 34).

Fig. 34 - Percentuale ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

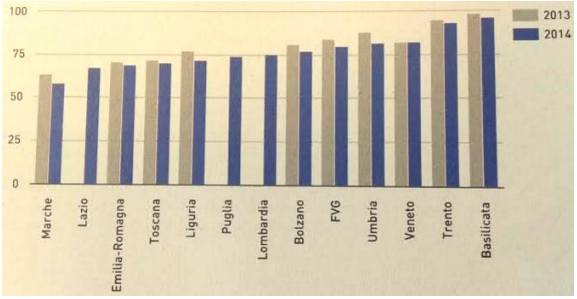


Gestione emergenza

Una delle principali criticità messe in evidenza anche a livello mediatico da parte del sistema sanitario laziale è quello riferito alla gestione delle emergenze. Gli attori, oltre al 118, sono proprio le strutture ospedaliere atte all'accoglienza dei pazienti. Le criticità possono riguardare sicuramente il sistema e l'organizzazione del servizio ambulanze, attualmente gestite in modo pessimo e funzionalmente spesso per favorire, in modo ingiustificato, aziende private a chiamata spot, o aziende in convenzione, al di fuori della logica di ottimizzazione delle risorse e dei mezzi propri.

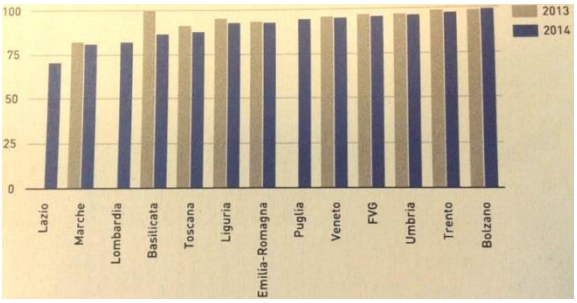
Ma anche la capacità ricettiva degli ospedali a causa del ricorso al pronto soccorso da parte di utenze non appropriate che per la maggior parte coincidono con pazienti affetti da patologie croniche. Molteplici sono gli indicatori atti a rilevare sia l'efficienza del servizio 118, e sia la capacità ricettiva del pronto soccorso. Tra questi si possono individuare quelli che misurano l'incidenza dei pazienti, in base al codice di assegnazione, che ottengono una visita o vengono ricoverati entro un termine temporale stabilito. Per esempio l'indicatore che monitora la percentuale dei pazienti con un codice giallo che vengono visitati entro i 30 minuti dall'accettazione, indica l'efficienza organizzativa di un pronto soccorso. Come si evince dalle tabelle sottostanti, il Lazio ha una delle prestazioni peggiori, secondo solo alle Marche, in termini di accoglienza. La Regione non assegna alcun obiettivo avente per oggetto il monitoraggio della funzionalità dei pronto soccorso. Nel contempo ne assegna ben 7 su 19 nella tabella riferita agli obiettivi preliminari atti all'osservanza dei LEA sul controllo degli alimenti e degli allevamenti. Non che tali fattori non siano importanti, ma rientrano tra le attività controllabili in modo assolutamente meccanico essendo attività operativamente standardizzabili e non dovrebbero rientrare tra gli elementi atti a valutare la capacità manageriale e gestionale dei direttori generali. Sul pronto soccorso non viene assegnato alcun obiettivo (fig. 35).

Fig. 35 - Incidenza pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti da accettazione



Ma tralasciando i tempi di assistenza a seguito dell'accettazione, andiamo ad analizzare la percentuale di pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso entro le 8 ore di permanenza. Viene monitorata la tempestività nella sistemazione dei pazienti appropriati che hanno bisogno di ricovero (fig. 36).

Fig. 36 - Incidenza pazienti inviati al ricovero da pronto soccorso entro 8 ore



La maggior parte dei pronto soccorso laziali è deficitario sia in termini di effettuazione delle visite in tempi contenuti e sia nella capacità di velocizzare il ricovero. Il Lazio risulta la regione

con il peggiore indice in termini di capacità di ricoverare i pazienti entro le 8 ore riuscendo a farlo soltanto nel 70% dei casi, quando tutte le regioni vi riescono nel 95% dei casi.

Si rifletta su quanto sia importante assegnare alternativamente, nell'ambito del monitoraggio dei LEA, come obiettivo ai direttori generali il controllo percentuale degli allevamenti caprini per rischio brucellosi (controllo routinario e standardizzato), o il controllo anagrafico delle aziende ovicaprine, o ancora il controllo di residui fitosanitari negli alimenti vegetali in base a ristretto campionamento, piuttosto che la capacità organizzativa nel rendere strategico ed efficiente il sistema di ricezione dei pazienti in urgenza.

Dimensione economica e governo spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva

In base al codice deontologico l'appropriatezza prescrittiva si realizza se il medico prescrittore agisce in conformità di evidenze scientifiche, alla peculiarità del paziente e considera ponderatamente le risorse disponibili per avviare il processo di assistenza e cura. Si deve tenere certamente conto del beneficio del paziente sempre relazionando il beneficio con il costo delle risorse disponibili. I dati sui consumi dei farmaci sono monitorabili acquisendo i dati dal sistema regionale apposito, nato per esigenze amministrative. Tuttavia, tali flussi, consentono anche l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva malgrado non sia indicato per quale patologia venga prescritto il farmaco, proprio in quanto il farmaco prescritto serve precisamente a curare una specifica patologia. Sono stati scelti degli indicatori finalizzati al monitoraggio del corretto impiego dei farmaci in modo focalizzato. Ad esempio il consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica, o degli antibiotici e cefalosporine in età pediatrica, o delle statine o degli anti ipertensivi, o degli anti depressivi, consentono comunque il controllo della spesa farmaceutica, l'appropriatezza prescrittiva e consentirebbero interventi mirati per analizzare specificamente eventuali abusi. Sebbene dalla prescrizione del farmaco non sia possibile associarlo direttamente alla diagnosi, il dato statistico e l'analisi di eventuali picchi di utilizzo di particolari farmaci consentono comunque di evidenziali potenziali inappropriatezze nelle prescrizioni.

D'altro canto esiste uno specifico decreto emanato dalla Regione (480 del 2015) che attribuisce precisamente degli obiettivi e degli indicatori riferiti all'appropriatezza prescrittiva e al monitoraggio della spesa farmaceutica. Si fa anche menzione nel medesimo decreto che quanto riportato in termini di volumi e costi avrebbe rappresentato un obiettivo di valutazione della performance.

Viene infatti decretato:

- che i direttori generali delle Aziende sanitarie, delle Aziende ospedaliere, dei Policlinici universitari e degli Irccs, in caso di scostamento, dagli obiettivi individuati dal presente decreto, rilevato a seguito dei monitoraggi periodici a cura delle ASL e documentata dalle CAPD, dovranno applicare il dettato dell'art. 1, comma 4, della L. 425 dell'8 agosto 1996 e quanto previsto dai vigenti accordi convenzionali e contrattuali nazionali e regionali per i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli specialisti dipendenti del SSN e convenzionati;
- che il mancato adempimento di quanto previsto dal presente atto sarà oggetto di valutazione negativa dei direttori generali, senza ulteriore determinazione in merito oltre la presente;
- di pubblicare il presente decreto sul B.U.R. Lazio, nonché di renderla nota sul sito web della Regione all'indirizzo www.regione.lazio.it.

Pertanto è facile riprenderne i contenuti e visionare gli obiettivi effettivamente assegnati rispetto a quelli contenuti nel decreto stesso. Nella fig. 37

Fig. 37 - Obiettivi contenimento spesa farmaceutica

SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE — REGIONE LAZIO

Indicatori di appropriatezza farmaceutica regionali

Prospetto sintetico

Classe Terapeutica	Obiettivo	Risparmio
Inibitori di Pompa Protonica (ATC A02BC)	UP / Assistibili pesati = 27	€ 23.270.013
Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA)	% UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%	€ 14.721.625
Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA)	% UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%	€ 17.827.025
Inibitori della HMG CoA reduttasi associati (C10BA)	UP / 100 Assistibili pesati = 80	€ 9.156.020
Antagonisti dei Recettori alfa-adrenergici (G04CA)	% UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%	€ 1.270.953
Inibitori della Testosterone 5-alfa reduttasi (G04CB)	% UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 80% nei pazienti naive	€ 546.145
Farmaci che agiscono su struttura e mineralizzazione ossee (M05B)	% UP Bifosfonati (ATC=M05BA) su tot UP M05B = 90%	€ 2.323.397
Altri Antidepressivi (N06AX)	% UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 80%	€ 4.163.746
TOTALE		**€ 73.278.924**

Popolazione

Asl Medico	Assistibili Pesati
ASL RM A	555.725
ASL RM B	687.272
ASL RM C	612.233
ASL RM D	606.002
ASL RM E	556.762
ASL RM F	297.859
ASL RM G	458.858
ASL RM H	526.417
ASL VITERBO	333.810
ASL RIETI	171.670
ASL LATINA	547.212
ASL FROSINONE	505.919
Totale	**5.859.739**

sono rappresentati quelli a livello generale in termini di contenimento della spesa.

Tali obiettivi sono ripartiti poi per ogni singola ASL nell'ambito delle singole classi terapeutiche. Si prenderanno in esame soltanto quelli delle aziende campionate, tutte le aziende sanitarie hanno contratto un obbligo valutativo con la regione rispetto al contenimento della spesa farmaceutica.

Considerato che gli obiettivi generali prevedevano di:

a) prescrivere i farmaci a carico del SSN nel rispetto dei limiti di concedibilità fissati dalle note AIFA, ove presenti;

b) prescrivere i farmaci nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle indicazioni terapeutiche in scheda tecnica;

c) privilegiare i trattamenti farmacologici costo-efficaci e quindi implementare l'utilizzo delle molecole a brevetto scaduto a parità di indicazioni ed efficacia;

Viene dichiarato dalla Roma E il seguente risultato: 149 (valore proiettato su 12 mesi, 11 mesi disponibili).

Viene dichiarato dalla Roma H il seguente risultato: 162,27 (valore proiettato su 12 mesi, 11 mesi disponibili).

Gli indicatori, con il relativo obiettivo previsto dal decreto 480/2015 per la Roma 6 e la Roma 1, sono sintetizzati nelle tabelle 5 e 6.

d) prescrivere i farmaci nel rispetto degli schemi posologici e delle durate dei trattamenti;

e che le azioni sarebbero dovute concretizzarsi in:

- estrapolazione report per medico per verifica aderenza note;
- verifica su pazienti per presenza fattori rischio;
- verifica prescrizioni isolate (inappropriate);
- verifica prescrizione brevetto scaduto;
- verifica che l'obiettivo terapeutico sia raggiunto e mantenuto nel tempo con terapia regolare e continuativa;
- verifica prescrizioni dell'associazione simvastatina-ezetimibe.

Gli obiettivi effettivamente assegnati sono stati i seguenti.

In riferimento al seguente obiettivo:

obiettivo principale: verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi:

ulteriore obiettivo a): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

ulteriore obiettivo b): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine

ulteriore obiettivo c): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti ne …

Avente come indicatori: (Spesa Convenzionata Netta 2015)/(Popolazione Assistita Pesata 2015) avente come standard rispettivamente agli indicatori: 1 Obiettivo Principale - valore dell'indicatore ≤ € 145.

Gli Autori hanno richiesto per verifica (anni 2014 e 2015):

• valore totale della spesa farmaceutica convenzionata ripartita per classe terapeutica;

• atti e delibere, azioni, sistemi di monitoraggio e di controllo adottati, audit effettuati e delibere riferiti ai provvedimenti relativi al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata:

- atto di verifica e documenti di effettuazione analisi su prescrizioni isolate inappropriate e numero delle stesse e delle prescrizioni totali
- atto di verifica e documenti di effettuazione analisi su prescrizioni a brevetto scaduto
- atto e azioni effettuate per estrapolazione report per medico per verifica aderenza note e risultato report

Tab. 5 - Indicatori di appropriatezza regionali (per la Roma 6)

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA REGIONALI

CLASSE TERAPEUTICA	OBIETTIVO	% RAGG.TO OBIETTIVO ASL RMH	PREVISIONE RISPARMIO ASL RMH
INIBITORI DI POMPA PROTONICA (A02BC)	UNITA' POSOLOGICHE/ASSISITIBILI PESATI = 27	38,8	2.095.135 €.
ANTAGONISTI ANGIOTENSINA II CON E SENZA DIURETICI (SARTANI C09CA_DA)	% UNITA' POSOLOGICHE NON COPERTE DA BREVETTO / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE = 95%	75,95 %	1.533.312 €.
INIBITORI HMG CoA REDUTTASI NON ASSOCIATI (STATINE C10AA)	% UNITA' POSOLOGICHE NON COPERTE DA BREVETTO / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE = 95%	75,15 %	1.663.677 €.
INIBITORI HMG CoA REDUTTASI ASSOCIATI (STATINE C10BA)	UNITA' POSOLOGICHE / 100 ASSISTIBILI PESATI = 80	188,15	1.019.588 €.
ANTAGONISTI RECETTORI ALFA ADRENERGICI (G04CA)	% UNITA' POSOLOGICHE NON COPERTE DA BREVETTO / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE = 95%	79,15 %	123.434 €.
INIBITORI TESTOSTERONE 5 ALFA REDUTTASI (G04CB)	% UNITA' POSOLOGICHE NON COPERTE DA BREVETTO / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE = 80% NEI PAZIENTI NAIVE	33,28 %	51.151 €.
FARMACI CHE AGISCONO SU STRUTTURA E MINERALIZZAZIONE OSSEE (M05B)	% UNITA' POSOLOGICHE BIFOSFONATI (M05BA) / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE DI M05B = 90%	56,97 %	178.630 €.
ALTRI ANTIDEPRESSIVI (N06AX)	% UNITA' POSOLOGICHE NON COPERTE DA BREVETTO / TOTALE UNITA' POSOLOGICHE = 80%	57,50 %	422.613
TOTALE RISPARMIO			7.087.540 €.

Tab. 6 - Indicatori di appropriatezza regionali (per la Roma 1)

Inibitori di Pompa Protonica (ATC A02BC)

L'impiego dei farmaci inibitori della pompa protonica deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di 27 unità posologiche all'anno per assistibile pesato

			Valore target obiettivo: UP/Assistibili pesati = 27	
Asl Medico	Spesa Netta 2014	UP/Ass. pesati 2014	Previsione Spesa Netta	Stima Risparmio
ASL RM E	€ 6.559.558	35,2	€ 5.027.060	€ 1.532.498

Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati, su base annua, deve essere non inferiore al 95% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP ATC senza brevetto su Totale UP erogate	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale		ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 3.801.780	€ 2.646.924	€ 6.448.703	79,13%	€ 4.564.089	€ 634.231	€ 5.198.319	€ 1.250.384

Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci inibitori della HMG CoA reduttasi non associati, su base annua, deve essere non inferiore al 95% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP erogate ATC senza brevetto su Totale	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale		ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 2.605.088	€ 2.474.352	€ 5.079.440	78,51%	€ 606.006	€ 2.994.207	€ 3.600.213	€ 1.479.228

Inibitori della HMG CoA reduttasi associati (C10BA)

L'impiego dei farmaci inibitori della HMG CoA reduttasi associati deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di 80 unità posologiche all'anno ogni 100 assistibili pesati

			Valore target obiettivo: UP / 100 Assistibili pesati = 80	
Asl Medico	Spesa Netta 2014	UP/100 Ass. Pesati	Previsione Spesa Netta	Stima Risparmio
ASL RM E	€ 1.891.598	190,01	€ 796.430	€ 1.095.168

Antagonisti dei Recettori alfa-adrenergici (G04CA)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci Antagonisti dei Recettori alfa-adrenergici, su base annua, deve essere non inferiore al 95% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP ATC senza brevetto su Totale UP erogate	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale		ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 295.185	€ 787.888	€ 1.083.072	82,01%	€ 82.055	€ 912.651	€ 994.706	€ 88.366

Inibitori della Testosterone 5-alfa reduttasi (G04CB)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci Inibitori della Testosterone 5-alfa reduttasi, su base annua, deve essere non inferiore al 80% nei pazienti naive a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 80% nei pazienti naive	
Asl Medico	Spesa Netta	ATC con brevetto	ATC senza brevetto	% UP senza brevetto su Totale	Spesa Netta Totale	Stima Risparmio
ASL RM E	€ 177.953	€ 169.911	€ 66.303	28,07%	€ 137.160	€ 40.792

Farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee (M05B)

La % delle UP dei Bifosfonati (M05BA)sul totale UP dei farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee, su base annua, deve essere non inferiore al 90% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP Bifosfonati (ATC=M05BA) su tot UP M05B = 90%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014				Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	Gruppo M05BA	Gruppo M05BB/X	Totale	% Gruppo M05BA su Totale	Gruppo M05BA	Gruppo M05BB/X	Totale	
ASL RM E	€ 730.201	€ 964.317	€ 1.694.518	55,84%	€ 1.176.997	€ 218.346	€ 1.395.343	€ 299.175

Altri Antidepressivi (N06AX)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci Altri Antidepressivi, su base annua, deve essere non inferiore al 80% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 80%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP ATC con brevetto su Totale UP erogate	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale		ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 377.736	€ 1.080.758	€ 1.458.494	56,60%	€ 696.643	€ 381.744	€ 1.078.387	€ 380.107

- atto e azioni di verifica sui paziente per presenza fattori di rischio e risultato della verifica

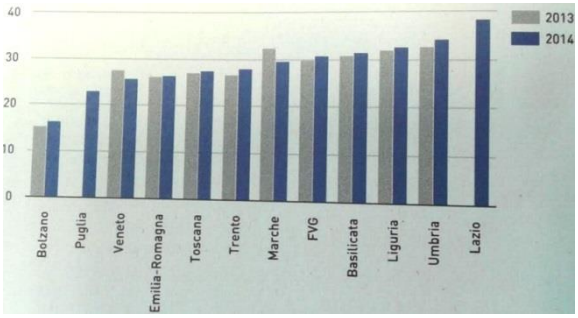
- dettaglio delle attività poste in essere per il contenimento della spesa farmaceutica in base al decreto 480

- eventi formativi con dettaglio e classificazione dei partecipanti, riferiti alla formazione finalizzata al contenimento della spesa delle classi terapeutiche indicate nella tabella

- budget e consuntivo riferito alle voci di conto dei farmaci appartenenti alle classi terapeutiche riportate in tabella.

La Regione non fa riferimento a quanto previsto dal decreto 480 e non chiede conto del risultato economico in termini di risparmio raggiunto e delle modalità per conseguirlo. Nello specifico delle classi terapeutiche, si evidenzia il consumo e la spesa pro capite della regione Lazio di farmaci a più alto costo e rischio di inappropriatezza. Nella fig. 38 alcuni esempi di potenziale prescrizione inappropriata.

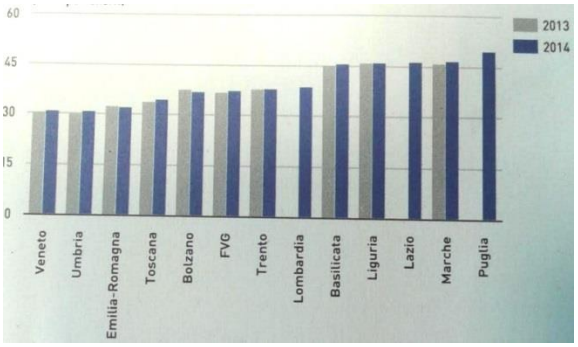
Fig. 38 - Consumo pro capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP)



Gli inibitori di pompa rappresentano una delle fonti di spesa maggiore, c'è grande variabilità di utilizzo di tali farmaci difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche. Pertanto si ipotizza inappropriatezza prescrittiva diffusa.

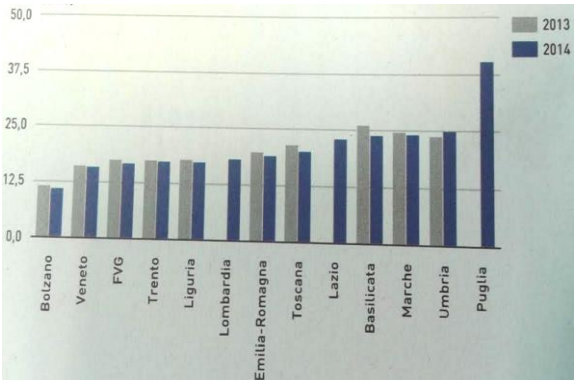
C'è naturalmente un enorme differenza di prezzo tra sartani e Ace inibitori. E l'efficacia clinica è la medesima in termini di contenimento del sistema renina-angiotensina. Il sartano dovrebbe essere prescritto solo in caso di accertata intolleranza di un ace inibitore (fig. 39).

Fig. 39 - Consumo dei sartani rispetto a farmaci ad equivalenza terapeutica (ace inibitori)



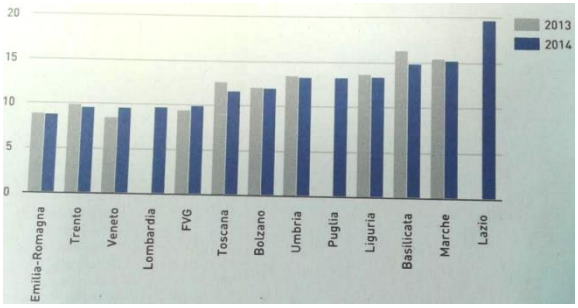
Elevato il consumo di antimicrobici, una delle categorie più onerose in termini di spesa farmaceutica, dove l'eccessivo uso comporta la diffusione dell'antibiotico resistenza (fig. 40).

Fig. 40 - Consumo antibiotici



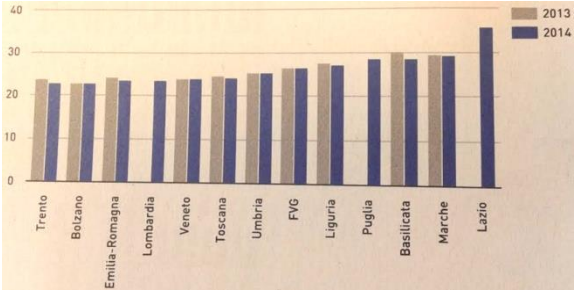
Ma esiste anche il fenomeno di compliance assistenza farmaceutica, ovvero l'abbandono da parte dei pazienti delle terapie che richiedono utilizzo protratto nel tempo dei farmaci (fig. 41).

Fig. 41 - Abbandono pazienti in terapia con statine



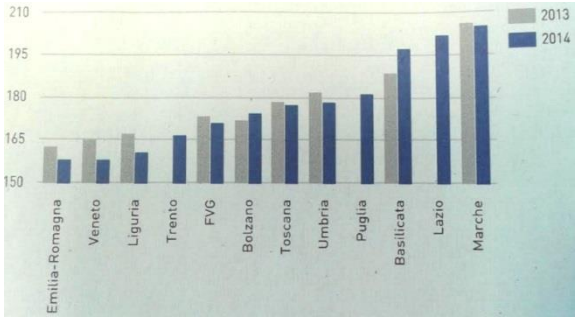
La terapia con statine risulta efficace se si protrae nel tempo e c'è compliance da parte del paziente. Tale indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rilevando un potenziale uso inappropriato del farmaco (fig. 42).

Fig. 42 - Abbandono pazienti in terapia con antidepressivi



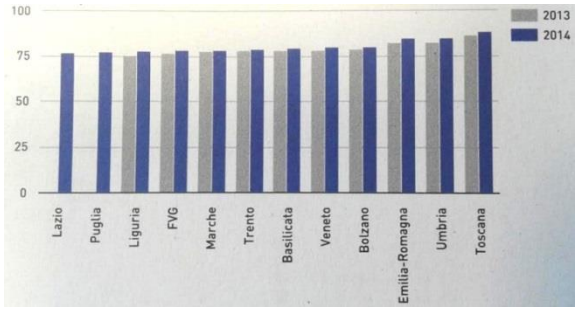
Come si vede dalla fig. 43 l'indicatore che illustra la spesa pro capite indica quanta elevata sia rispetto a quella delle altre regioni. La spesa riguarda i farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario.

Fig. 43 - Spesa farmaceutica territoriale pro capite



Si ritiene superfluo riportare anche i dati inerenti al consumo di farmaci con brevetto al posto di quelli equivalenti in cui il Lazio continua ad essere una delle regioni con indici peggiori. La percentuale di Statine a brevetto scaduto (ipolipemizzanti) è molto basso rispetto alle altre regioni. Considerando che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo, e che il Lazio rappresenta la regione con il più alto tasso di pazienti con tale patologia, sarebbe auspicabile che le aziende sanitarie intervenissero precocemente con cure farmacologiche nei soggetti affetti (fig. 44).

Fig. 44 - Statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



Medesima situazione si rileva per gli anti ipertensivi a brevetto scaduto (Ace Inibitori e derivati diidropiridinici), per gli antibiotici a brevetto scaduto, sui farmaci alternativi ai sartani, sulle molecole a brevetto scaduto, ecc. Il Lazio è sicuramente la regione che spende di più a causa di assenza di controllo dell'appropriatezza prescrittiva. In pratica, all'interno delle aziende, non si riesce a monitorare il flusso dati delle prescrizioni effettuate dai medici di famiglia e a rilevarne statisticamente le anomalie al fine di intervenire miratamente. Il governo viene lasciato spesso ai farmacisti territoriali che non hanno gli strumenti effettivi per analizzare il dato.

Ecco di seguito gli obiettivi regionali e le relative risposte.

In riferimento al seguente obiettivo:

obiettivo principale: verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.

Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi:

ulteriore obiettivo a): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

ulteriore obiettivo b): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine

ulteriore obiettivo c): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti ne …

Avente come indicatori: ulteriore obiettivo a numero DDD/1000 assistiti/die IPP avente come standard rispettivamente agli indicatori: Ulteriore obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74.

Viene dichiarato dalla Roma 1 il seguente risultato: 77,4.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 90,22 (valore proiettato su 12 mesi, 11 mesi disponibili).

Considerato che in base al decreto 480 del 2015 (tab. 7).

ASL RM 6 spesa netta 2014 per inibitori di pompa protonica: € 6.899.413

Unità Posologica per assistito pesato 38,8

Target obiettivo per 2015 € 4.804.278

Risparmio previsto € 2.095.135

E considerato che l'obiettivo è riferito al contenimento del numero di trattamenti giornalieri di inibitori di pompa prescritti ogni 1.000 abitanti.

Gli Autori hanno richiesto per verifica (anni 2014 e 2015):

- il numero di DDD per singola confezione di inibitori di pompa protonica;
- il numero di confezioni di inibitori di pompa protonica prescritti;
- si considera la popolazione assistita afferente alla ASL Roma E pari a 556762 abitanti e alla ASL Roma 6 pari a 526.417 abitanti;
- il valore della spesa complessiva a bilancio consuntivo e il budget concordato con la regione riferito alla classe terapeutica inibitori di pompa protonica.

In riferimento al seguente obiettivo:

Tab. 7 - Descrizione raggiungimento obiettivo sul contenimento Inibitori di Pompa Protonica

Inibitori di Pompa Protonica (ATC A02BC)
L'impiego dei farmaci inibitori della pompa protonica deve essere mantenuto, a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL, entro il limite di 27 unità posologiche all'anno per assistibile pesato

			Valore target obiettivo: UP/Assistibili pesati = 27	
Asl Medico	Spesa Netta 2014	UP/Ass. pesati 2014	Previsione Spesa Netta	Stima Risparmio
ASL RM E	€ 6.559.558	35,2	€ 5.027.060	€ 1.532.498

obiettivo principale: verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.

Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi:

ulteriore obiettivo a): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP).

ulteriore obiettivo b): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine.

ulteriore obiettivo c): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti ne …

Avente come indicatori:

Ulteriore Obiettivo b)

(DDD 1000 assistiti/die statine con brevetto scaduto)/

(DDD 1000 assistiti/die statine)

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: Ulteriore obiettivo b) - Valore dell'indicatore ≥ 80%.

Viene dichiarato dalla Roma E il seguente risultato: 70,1.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 73,96 (valore proiettato su 12 mesi, 11 mesi disponibili).

E considerato che l'obiettivo è riferito all'accrescimento dell'utilizzo di Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA) (Statine) senza brevetto in base alla tab. 8.

Gli Autori hanno richiesto per controverifica (anni 2014 e 2015):

- il numero di DDD per singola confezione di Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA) (Statine);

- il numero di confezioni di Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA) (Statine) prescritti ripartiti tra ATC con brevetto e ATC senza brevetto;

- il valore della spesa complessiva a bilancio consuntivo e il budget concordato con la regione riferito alla classe terapeutica Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA) (Statine) ripartita tra ATC con brevetto e ATC senza brevetto.

In riferimento al seguente obiettivo:

obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.

Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi:

ulteriore obiettivo a): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

ulteriore obiettivo b): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine

ulteriore obiettivo c): verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti ne …

Avente come indicatori:

Ulteriore Obiettivo c)

(DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/

(DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati)

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: Ulteriore obiettivo c) - Valore dell'indicatore ≥ 92%.

E considerato che l'obiettivo è riferito all'accrescimento dell'utilizzo di Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA) con brevetto scaduto in base alla tab. 9.

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: 92,84 (valore proiettato su 12 mesi, 11 mesi disponibili).

Gli Autori hanno richiesto per controverifica (anni 2014 e 2015):

- il numero di DDD per singola confezione di Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA);

- il numero di confezioni di Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA) prescritti ripartita tra ATC con brevetto e ATC senza brevetto;

- il valore della spesa complessiva a bilancio consuntivo e il budget concordato con la regio-

Tab. 8 – Utilizzo inibitori con brevetto scaduto

Inibitori della HMG CoA reduttasi non associati (C10AA)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci inibitori della HMG CoA reduttasi non associati, su base annua, deve essere non inferiore al 95% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP erogate ATC senza brevetto su Totale	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale		ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 2.605.088	€ 2.474.352	€ 5.079.440	78,51%	€ 606.006	€ 2.994.207	€ 3.600.213	€ 1.479.228
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP erogate ATC senza brevetto su Totale	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale		ATC con brevetto	ATC senza brevetto	Totale	
ASL RM H	€ 2.869.260	€ 2.378.593	€ 5.247.853	75,15%	€ 577.330	€ 3.006.846	€ 3.584.176	€ 1.663.677

Tab. 9 – Utilizzo antagonisti angiotensina con brevetto scaduto

Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA)

La % delle UP dei principi attivi non coperti da brevetto sul totale UP dei farmaci Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati, su base annua, deve essere non inferiore al 95% a livello regionale ed in ogni singola Azienda USL

					Valore target obiettivo: % UP molecole non coperte da brevetto su tot UP = 95%			
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP ATC senza brevetto su Totale UP erogate	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale		ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale	
ASL RM E	€ 3.801.780	€ 2.646.924	€ 6.448.703	79,13%	€ 4.564.089	€ 634.231	€ 5.198.319	€ 1.250.384
Asl Medico	Spesa Netta 2014			% UP ATC senza brevetto su Totale UP erogate	Previsione Spesa Netta			Stima Risparmio
	ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale		ATC senza brevetto	ATC con brevetto	Totale	
ASL RM H	€ 3.823.322	€ 3.146.338	€ 6.969.659	75,95%	€ 4.782.166	€ 654.181	€ 5.436.348	€ 1.533.312

ne riferito alla classe terapeutica Antagonisti dell'Angiotensina II con e senza Diuretici (C09CA_DA) ripartita tra ATC con brevetto e ATC senza brevetto.

Accertata la mediocrità delle azioni nel contenere questo tipo di spesa, la regione Lazio non poteva non consentire il raggiungimento dell'obiettivo in tale ambito ai rispettivi destinatari. Pertanto produce due obiettivi assolutamente discrezionali che consistono nel premiare le aziende se a consuntivo siano risultate in grado di contenere la spesa di farmaci e dispositivi medici nei limiti di un budget concordato.

Le riflessioni che si dovrebbero fare a tale proposito sono essenzialmente due:

- da un lato le aziende non riescono a produrre un budget ospedaliero e territoriale per unità operativa o centro di responsabilità basato su *standard di produzione specifici* (es: risorse impiegate in termini di farmaci o dispositivi rapportati ai DRG prodotti, analisi degli scostamenti di prezzo, volume ed efficienza, margine di contribuzione rapportato al valore della produzione, margine di contribuzione unitario, ecc.). La quantificazione del valore di farmaci e dispositivi dovrebbe infatti essere sempre messa in relazione ai volumi di produzione e non dovrebbe essere limitata nel caso in cui questi portassero (positivamente) alla saturazione della produzione in termini di ricovero. Purtroppo avviene abitualmente che, qualora l'azienda dovesse risultare inadempiente rispetto al budget concordato, cessa o limita immediatamente la produzione, quindi l'erogazione del servizio, al solo scopo di contenere i costi dei farmaci. *Il che non avvantaggia la capacità di contenere e controllare le inefficienze, ma produce soltanto un disservizio verso l'utenza e non individua al contempo gli elementi critici del processo produttivo*, penalizzando anche le unità operative efficienti. La sommatoria delle spese farmaceutiche pianificate secondo un budget per unità operativa dovrebbe condurre all'elaborazione del budget definitivo aziendale. Purtroppo la procedura attualmente seguita è quella di determinare il budget basandosi sul costo storico. Questo comporta il trascinamento ad oltranza delle inefficienze e l'unico elemento di contenimento

della spesa diventa la riduzione dell'offerta del servizio verso gli utenti. Quindi il budget concordato con la Regione diventa elemento non concorrente al concetto di efficienza produttiva. Come fermare una macchina per non consumare benzina fino ad una certa data, anziché capire le cause dell'eccessivo consumo e prodigarsi nel rimuoverle;

- nell'ambito dell'efficienza economica riferita alla spesa farmaceutica o al consumo dei farmaci, sarebbe stato opportuno, da parte della regione, assegnare o controllare gli obiettivi già determinati nel decreto 480 che identificavano in modo chiaro le criticità della spesa farmaceutica convenzionata per classi terapeutiche e per singola azienda, e che identificava per singola classe puntualmente un'aspettativa di risparmio. Per quanto concerne invece la valutazione economica dell'efficienza produttiva ospedaliera e territoriale, sarebbe stato certo più opportuno non valutare il confronto con un budget assegnato su costo storico, ma entrare nel merito della gestione individuando un margine di contribuzione complessivo o un margine operativo lordo quale elementi oggettivi di valutazione manageriale in termini di bilanciamento della spesa e della produzione. Naturalmente a monte ci sarebbe dovuto essere un buon sistema di pianificazione e controllo (quasi completamente assente nelle aziende) che avrebbe dovuto riclassificare i costi diretti di produzione e quelli variabili distinguendoli dai costi fissi di struttura e dai costi comuni ripartiti.

Di seguito si riportano gli obiettivi assegnati dalla regione.

In riferimento al seguente obiettivo: prodotti farmaceutici ed emoderivati. Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:

- prodotti farmaceutici con AIC (BA0040);
- prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050);
- emoderivati (BA0060).

Avente come indicatori: Σ (CE Consuntivo 2015 - CE Budget 2015).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: Valore dell'indicatore ≤ 0.

Viene dichiarato dalla Roma E il seguente risultato: + 44.000 E

Viene dichiarato dalla Roma 6 il seguente risultato: - 897,64

Gli Autori hanno richiesto per controverifica (anni 2014 e 2015):

- valore consuntivo a bilancio di tutti i conti riferiti ai prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); emoderivati (BA0060);
- valore budget di tutti i conti riferiti ai prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); emoderivati (BA0060);
- delibera ufficiale contenente il budget complessivo dell'ASL per singolo conto e sottoconto degli anni 2014 e 2015;
- bilancio consolidato degli anni 2014 e 2015.

In riferimento al seguente obiettivo: verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CENSIS:

- dispositivi medici (BA0220);
- dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230);
- dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240)

Avente come indicatori per la Roma E: Σ CE Consuntivo 2015/Σ Valore produzione 2015.

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: valore dell'indicatore ≤ 21,5%.

Viene dichiarato dalla Roma E il seguente risultato: 23%.

Avente come indicatori per la Roma 6: Σ (CE Consuntivo 2015 - CE Budget 2015).

Avente come standard rispettivamente agli indicatori: Valore dell'indicatore ≤ 0.

Viene dichiarato dalla Roma H il seguente risultato: - 1723.

Gli Autori hanno richiesto (anni 2014 e 2015):

• valore consuntivo a bilancio di tutti i conti riferiti a:
  - dispositivi medici (BA0220)
  - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230)
  - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240);

• valore budget di tutti i conti riferiti a:
  - dispositivi medici (BA0220)
  - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230)
  - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240);

• valore della produzione erogata:
  - acuzie
  - neonato
  - riabilitazione
  - lungodegenza
  - pronto soccorso extra regione
  - ambulatoriali
  - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato;

• valore budget produzione erogata:
  - acuzie
  - neonato
  - riabilitazione
  - lungodegenza
  - pronto soccorso extra regione
  - ambulatoriali

- finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato.

• indicazione di tutti gli atti di pianificazione e controllo economico, finanziario e patrimoniale, inclusivi di assegnazione budget per UOC, effettuati e illustrazione del metodo di applicazione.

Conclusioni

In questi anni si auspicava di riuscire ad eliminare il criterio di affiliazione politica dalle nomine dei direttori generali e garantire che la scelta ricadesse solo su persone di capacità comprovata, come confermato nella Legge Madia (*7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*), con la quale il Governo è delegato ad adottare decreti sulle modalità di nomina e valutazione dei direttori generali garantendo la trasparenza dei procedimenti. Ancor meno solerti si è stati nel garantire che i criteri per la valutazione degli stessi fossero condivisi e omogenei su tutto il territorio nazionale.

Quanto alla selezione, sarà una commissione nazionale, composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle regioni, a inserire i candidati in un elenco unico nazionale previo avviso pubblico per titoli da cui le regioni e le province autonome dovranno attingere per il conferimento dei relativi incarichi. Per quanto riguarda, invece, il sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali, è previsto che debba avvenire non prima dei 24 mesi dalla nomina. In caso di decadenza dall'incarico per il mancato raggiungimento degli obiettivi dovrà essere prevista la possibilità di reinserimento all'esito di una nuova selezione.

La legge Madia, dunque, entra in modo deciso nelle modalità di selezione dei direttori generali, ed altrettanto fa nella verifica e valutazione degli stessi, che si dovrà basare su modalità di conferimento degli obiettivi condivisi e realizzabili, soprattutto per le regioni in piano di rientro per le quali si applica quanto stabilito nel Patto per la Salute 2014-2016 e cioè che "*il Commissario ad acta qualora, in sede di verifica annuale riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari degli enti del servizio sanitario regionale*".

La recente legge di stabilità per il 2016 (L. 28 dicembre 2015, n. 208) introduce ulteriori aspetti sulla valutazione e decadenza dei direttori generali in tema di equilibrio di bilancio, stabilendo l'obbligo per le regioni di individuare entro il 30 giugno di ogni anno le aziende che presentano uno scostamento costi-ricavi pari o superiore al 10% dei ricavi stessi o superiore ai 10 milioni di euro, con il conseguente obbligo per le aziende di presentare un piano di rientro di durata non superiore al triennio entro i 90 giorni successivi alla individuazione da parte della regione, piano che sarà valutato entro 30 giorni dalla Giunta o dal Commissario ad acta per essere reso operativo. (*cfr.* commi 294-298). Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di stabilità, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento e le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro delle aziende.

In base a quanto constatato si comprende quanto siano lontani gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali rispetto a quelli che avrebbero dovuto comportare un'incentivazione al miglioramento della prevenzione, del governo clinico e della gestione economica. *Si comprende facilmente come tali obiettivi abbiano effettivamente come unica finalità quella di garantire una valutazione positiva ai direttori generali o quello di assegnare grande arbitrarietà e discrezionalità di giudizio alla Regione stessa e all'OIV*. Il motivo è quello che rende elusivi gli obiettivi stessi rispetto al problema riscontrato o alla criticità accertata da specifici indicatori esistenti. Qualora invece l'obiettivo sia attinente al problema, subentra l'arbitrarietà o l'inefficacia dell'indicatore o della soglia dello stesso che rendono ininfluente, ai fini della correzione della criticità, il conseguimento del risultato stesso.

Si percepisce chiaramente anche il motivo per cui la Regione Lazio non abbia voluto aderire al Network delle regioni delle Scuola Sant'Anna di Pisa. Gli indicatori utilizzati dalla scuola per la valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali sono orientati a misurare oggettivamente la qualità del governo della domanda, le relative efficienze, l'appropriatezza, la qualità clinica, l'efficacia assistenziale territoriale, il tutto mediante adozione di significativi, oggettivi e attinenti elementi di monitoraggio. In più, il raffronto impietoso della Regione Lazio rispetto alle altre regioni, avrebbe consentito pochissimi margini di autocelebrazione da parte del governo regionale, anzi, avrebbe dato adito a fortissime critiche politiche nei confronti di chi governa una delle regioni con un mediocre stato di salute della popolazione, con un più elevato livello di mortalità infantile, con un più dispendioso sistema di governance a fronte di un più inefficiente e inappropriato sistema di erogazione del servizio. Re-

sta anche da chiedersi come verrà gestita la tabella (allegato C del DCA 248), che dovrebbe assegnare 30 punti, che è stata spacciata come riferita agli indicatori utilizzati dal Network delle Regioni assegnati dalla SSSP. In realtà la Regione non avendo aderito al Network, ha indotto la Scuola a non assegnare alcun obiettivo relativo agli indicatori. La tabella indirizzata ai direttori generali è infatti quasi sempre priva di parametri e non prevede alcun criterio per l'assegnazione del punteggio complessivo. Altro elemento di arbitrarietà.

Tenuto conto che:

• le principali problematiche sulle quali si potrebbe incidere con la proposta di un CDM o un sistema multidimensionale di valutazione sono le seguenti:

- gli attuali sistemi di misurazione e controllo delle performance adottati dalle aziende sanitarie non sempre hanno il necessario respiro strategico, essendo in prevalenza focalizzati sulla gestione ordinaria delle aziende, sia dal punto di vista delle prestazioni cliniche, che da quello dell'efficienza e degli equilibri finanziari (Prenestini, Valotti, 2012)

- i sistemi di performance management utilizzano meccanismi di feedback strategico (ossia, controllano ex post la coerenza tra quanto attuato e quanto pianificato in partenza) tralasciando totalmente le preziose informazioni generate da sistemi *feedforward* che mirano ad analizzare i segnali deboli che si producono nell'ambiente di riferimento soprattutto esterno, ma anche interno (Prenestini, 2008). Pertanto pochissimo spazio viene assegnato agli indicatori indirizzati alle azioni di prevenzione sanitaria;

• per risolvere tale problematica, i sistemi di controllo dovrebbero riprendere alcuni elementi del controllo *feedforward* e inserire alcune variabili che permettano all'azienda di controllare sistematicamente che cosa stia effettivamente accadendo nell'ambiente di riferimento (si pensi, ad esempio, alla necessità di monitorare cambiamenti nella demografia e nell'epidemiologia del territorio, ma anche le variazioni nei vincoli di spesa e dei tetti di finanziamento);

• i più importanti strumenti di performance management attualmente utilizzati dalle ASP, come ad esempio la *balanced scorecard*, sono mutuati da contesti molto differenti dai nostri SSR e calati nelle stesse aziende senza uno sforzo effettivo di contestualizzazione rispetto alle specificità dell'azienda e dei sistemi normativi ai quali esse devono aderire, venendo inseriti tra i sistemi di controllo interno spesso al mero scopo di adeguarsi a mode manageriali;

• alcuni sistemi di valutazione nazionali non vengono costruiti con lo scopo principale di fornire al top management aziendale tutte le informazioni necessarie per capire se e come modificare strategie e piani di azione;

• infine, questi strumenti di controllo diagnostico sono costruiti con l'idea di rispondere a fabbisogni informativi interni o per «addetti ai lavori», mentre è sempre più forte la necessità di rendicontare ai cittadini il proprio operato, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse per rispondere ai bisogni di salute della popolazione;

• esiste la reale necessità di un sistema di valutazione delle performance aziendali che sia organico (rappresentazione integrata di tutti gli ambiti di valutazione rilevanti), selettivo (individuazione di sotto-ambiti e indicatori chiave) e comprensibile (rappresentazione efficace e fruibile dei risultati aziendali relativi ai diversi ambiti e nell'insieme);

• esiste la reale necessità di un efficace collegamento tra i processi di elaborazione e attuazione delle strategie aziendali e i sistemi di misurazione e valutazione della performance.

Dai concetti di trasparenza, equità ed economicità si allontana ancor di più il giudizio elaborato dall'OIV della Regione Lazio. *In seno al Consiglio Regionale, per sondare l'attività dell'Organismo, è stata inoltrata la richiesta di comunicazione degli atti prodotti dall'OIV in merito al giudizio sull'operato dei direttori generali delle ASL. Gli atti confermano quanto era stato paventato in occasione della convocazione dei membri dell'OIV presso la Commissione VII Politiche Sociali e Salute, ovvero l'incapacità e la mancanza di volontà di formulare un giudizio critico sulle schede di riepilogo degli obiettivi assegnati ai direttori.*

Per la parte attinente al Pronto Soccorso le valutazioni del componente del gruppo di lavoro sono assolutamente generiche e basate su quattro indicatori che non tengono conto dei seguenti elementi fondamentali per la valutazione dell'operato dei direttori generali:

1) il numero di presidi ed il totale dei posti letto dei presidi in rapporto al numero di accessi - Il numero di accessi presso alcune strutture ospedaliere romane e provinciali è spesso sproporzionato rispetto al numero di posti letto disponibili nella struttura con particolare riferimento ai reparti di medicina. *Ad esempio l'A.O. San Giovanni ha un numero di posti letto doppio rispetto all'azienda Tor Vergata o all'ospedale Spaziani di Frosinone. La valutazione avrebbe dovuto tenere conto anche del numero di presidi dell'azienda: su 4 presidi presenti a Latina, Frosinone e Roma H non tutti sono stati interessati dalla negatività degli indicatori (perché non considerare gli aspetti positivi che queste strutture hanno registrato?)*;

2) il rapporto posti letto/popolazione - *Latina e Frosinone presentano una carenza di posti letto*

rispetto agli indici regionali di riferimento bel al di sotto del 3 per mille stabilito dalla normativa con una popolazione di riferimento di oltre 1.300.000 abitanti. Gli indicatori avrebbero dovuto tenere conto dei maggiori afflussi in carenza di posti letto;

3) *i mesi inadeguati secondo gli indicatori sono stati più bassi negli ospedali di Frosinone e Sora a dimostrazione di interventi che molto probabilmente sono stati messi in opera dal direttore generale e dei quali non vi è traccia nella valutazione del componente del Gruppo di lavoro che si è limitato ad affermazioni generiche per tutte le aziende: frase standard "mancata incisività" che tecnicamente non vuole dire nulla se non supportata da documentazione appropriata*;

4) la documentazione accessoria relativa a: carenze di personale nelle aree di emergenza-urgenza (richieste di deroga), carenza di spazi o attrezzature non sono riportate nella valutazione, ma se sono state segnalate dai direttori generali avrebbero richiesto interventi specifici regionali;

5) le recenti affermazioni del Presidente della regione relative alle deroghe soprattutto di personale dell'emergenza rendono ragione delle affermazioni sopra riportate.

Liste di attesa

I dati riportati dal componente del gruppo di lavoro sono di dubbia interpretazione. Non si comprende quale sia stato il parametro di assegnazione del punteggio alle aziende non essendo peraltro nota la base di partenza delle liste di attesa per singola struttura. Solo una azienda registra una diminuzione (Roma D) e solo una (Frosinone) si mantiene stabile rispetto all'anno precedente. Le altre tre presentano valori in peggioramento consistente nel presumibile periodo di 18 mesi (termine per la valutazione dei direttori generali).

Indici economico-finanziari

Sotto il profilo della responsabilità economica, il legislatore ha orientato la gestione delle aziende sanitarie pubbliche al rispetto dei principi dell'economicità, declinando tale principi introducendo l'obbligo del pareggio di bilancio.

L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie assurge, pertanto, a condizione essenziale per l'assolvimento autonomo e duraturo della missione istituzionale di tutela della salute, e costituisce indicatore fondamentale per la valutazione delle responsabilità gestionali dei direttori generali. Il vincolo del pareggio di bilancio rappresenta l'espressione quantitativa in cui si concretizza la responsabilità economica assegnata agli organi di governo ed al cui rispetto è collegato, almeno in teoria, il mandato del direttore generale (art. 3, comma 7, D.Lgs. 229/1999).

Nella teoria aziendale l'equilibrio economico è inteso come condizione in cui il flusso di ricchezza creato dalla cessione di beni e servizi, e nel caso delle aziende sanitarie questo flusso di ricavi è prioritariamente di emanazione degli enti di governo, è in grado di remunerare il costo di tutti i fattori produttivi utilizzati nella produzione (Zappa, Amaduzzi).

L'autosufficienza economica è un requisito fondamentale per garantire l'assolvimento durevole delle missioni istituzionali, come presupposto per la realizzazione del principio di equità intergenerazionale (Giovanelli).

Diversa è la finalità del lucro, che non trova giustificazioni nelle aziende erogatrici di servizi pubblici, quali quelle sanitarie pubbliche, dove il mancato utilizzo dei ricavi (in qualità di trasferimenti del FSR) nelle attività di erogazione generatrici di costi è una scelta che contravviene e ripudia l'etica. Del resto remunerati tutti i fattori della produzione - escludendo quello imprenditoriale, in quanto elemento tutelare delle finalità etiche e socio-sanitarie tipiche della ASL non già fattore in cerca di investimento - il risultato aziendale è necessariamente in pareggio, non in utile.

Richiedere ad alcune aziende sanitarie una previsione di utile, vieppiù elevato, al fine di riequilibrare il consolidato regionale smaschera di per se un'incapacità, se non una mancanza di volontà, di gestione oculata ed orientata al perseguimento del benessere della popolazione di riferimento, rivelando, piuttosto, il tentativo di scaricare su alcuni manager l'inadeguatezza di altri; contravvenendo platealmente il principio di responsabilità stabilito dalla legge dello Stato. Si trasferisce sui cittadini l'onere di sopportare il peso di tali scelte scellerate: questi si trovano ad essere pagatori nelle forme di esazione a non ritrovare l'equivalente nei servizi che le aziende pubbliche dovrebbero erogare.

L'imporre vincoli di bilancio così "virtuosi" definisce una convinzione che le amministrazioni pubbliche debbano conformarsi ai principi e criteri della razionalità economica propri delle imprese private. Un atteggiamento che ha favorito dei miglioramenti nel breve periodo, ma che si è rivelato inefficace nel lungo, se non deleterio. Difatti le amministrazioni non possono, e non devono, svolgere la loro attività attraverso scambi di mercato, non agiscono sviluppando una razionalità economica fine a se stessa, ma la contemperano con s sistemi di rappresentanza e accettabilità sociale dell'azione pubblica.

Le aziende pubbliche, ed ancor più le aziende sanitarie, non sono dei trasformatori e/o produttori di ricchezza economica, come vuole l'accezione di impresa nella dottrina economico-aziendale. Del resto la stessa concezione di im-

presa, per quanto privata, non è più così limitata. La comprensione che il sistema economico ed il mondo intero è un sistema chiuso non può che far trascendere la cognizione che l'attività posta in essere dalle aziende, qualsivoglia siano, non si limitano alla modificazione di beni ma anche delle relazioni all'interno della società, in quanto si basano sulle relazioni poste in essere tra persone e gruppi di persone.

È manifesto che gli organi direttivi della Regione Lazio, e tanto meno i suoi collaboratori o Organismi "indipendenti", non sono propriamente ispirati ai principi di management pubblico.

L'evidenza sta ancora negli obiettivi definiti in termini di budget concordato ed il grado di raggiungimento riconosciuto dall'OIV (tab. 10).

Tab. 10 - OIV Risultati ex DCA 244-2014

ASL	*OIV*	*Richiesto*	*Effettivo*	*Δ*	*Obiettivo*	*Punteggio finale*
FR	0%	18.217	3.726	-26%	0%	4,5
LT	50%	3.605	- 5.976	62%	50%	6,2
RMD	100%	- 39	- 4.311	101%	100%	8,7
RME	0%	5.841	3.487	-148%	0%	4,7
RMH	0%	8.232	- 2.833	-26%	0%	4,5

Una prospettiva

Si ritiene siano adottabili indicatori ripartiti per aree o dimensioni, ovvero un modello di Performance Management che utilizzi o consideri indicatori il più oggettivi e attinenti possibili a valutare, in modalità comparativa, sia aspetti qualitativi e sia aspetti quantitativi in ambito di gestione clinica, economica e capacità di elevazione dello stato di salute della popolazione. A titolo di esempio se ne riportano alcuni.

INDICATORI AREA «STRATEGICA»

Per la dimensione «*performance sociale*»:

- tasso di fuga (mobilità passiva) per ricoveri o specialistica ambulatoriale
- tempo medio pagamento fornitori
- % segnalazioni scritte negative pervenute all'URP
- tasso di assenteismo.

Per la dimensione «*performance clinica*»:

- % fratture femore operate entro 48 ore
- tasso di mortalità intraospedaliera *(approfondibile secondo la logica drill-down)*
- tasso di mortalità per infarto miocardico acuto esclusi i trasferiti ad altri ospedali e da altri ospedali
- tasso di mortalità per ictus cerebri
- tasso di mortalità per frattura del femore.

Per la dimensione «*performance di copertura del bisogno*»:

- tasso di adesione agli screening
- tasso di ospedalizzazione standardizzato.

Per la dimensione «*performance economica*»:

- indice di liquidità
- redditività EBITDA *(Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization)*
- indice di disponibilità.

Per la dimensione «*progetti chiave*»:

- stato avanzamento progetti
- scostamento costi dei progetti
- indicatori specifici di qualità del progetto.

ESEMPI DI INDICATORI AREA «DELLA PRODUZIONE», «APPROCCIO MULTI-PROSPETTICO»

Per la prospettiva «*economico-finanziaria*»:

- valore del risultato economico (ASL)
- incidenza del costo per consumi (ASL e AO) *(approfondibile secondo la logica drill-down)*
- consumi diagnostici
- consumi protesi
- consumi farmaci ed emoderivati
- consumi complessivi beni sanitari
- incidenza del costo per acquisto di beni e servizi (ASL)
- indice di fatturato (DO o DH) per posto letto (AO)
- incidenza del fatturato prestazioni ambulatoriali (AO).

Per la prospettiva «*dei processi*»:

- degenza media (complessiva o pre-operatoria)
- tasso occupazione posti letto per ricoveri ordinari
- indice di rotazione posti letto
- tasso di occupazione sala operatoria
- % dimissioni protette su totale dimessi.

Per la prospettiva «*del governo clinico*»:

- % parti cesarei NTSV
- tasso operatorio.

Per la prospettiva «*della ricerca e innovazione*»:

- incidenza delle alte tecnologie
- tasso di obsolescenza tecnologie (alte e medie)
- produzione scientifica.

ESEMPI DI INDICATORI AREA «CAPITALE ORGANIZZATIVO»

Per la dimensione «*sviluppo organizzativo*»:

- grado di rispetto delle tempistiche di budget
- grado di informatizzazione degli acquisti aziendali
- indice di copertura HTA per tecnologie acquisite
- numerosità degli accessi al sito internet aziendale.

Per la dimensione «*sviluppo individuale*»:

• grado di differenziazione delle premialità dei sistemi di valutazione

• livello di formazione ECM.

Dagli indicatori alla quantificazione del valore

Una volta stabiliti gli indicatori occorre comunque effettuare delle calibrazioni opportune al fine di ottenere una valutazione della performance misurabile. Pertanto occorre:

1) assegnare un punteggio unico per ciascuna azienda su una scala 1-5 (di cui min = 1 e max = 5) alle seguenti variabili: rilevanza indicatore (R), e accessibilità dei dati (A);

2) assegnare un valore di sintesi al singolo indicatore (c.d. «consistenza» dell'indicatore) attraverso la moltiplicazione dei punteggi assegnati alle due variabili (R*A, da un minimo di 1 ad un massimo di 25);

3) definire un valore di sintesi complessivo per l'indicatore attraverso la media dei valori di sintesi aziendali;

4) calcolare 4 quartili per ogni dimensione di performance al fine di stabilire le fasce di consistenza degli indicatori.

A titolo di esempio, se ci si pone come obiettivo di predisporre un budget per disciplina volto all'ottimizzazione delle risorse ed alla redistribuzione del personale o all'allocazione dei posti letto. Potrebbe essere applicato il seguente metodo:

• indicatori che possono essere utilizzati in modo congiunto, quindi multidimensionale;

• il peso totale DRG è l'indicatore di partenza;

• altri indicatori determinanti per la definizione della produzione sono:

- numero dimessi
- numero posti letto
- giornate di degenza
- - numero personale medico
- numero altro personale sanitario
- degenza media.

Si riporta un esempio per illustrare le possibilità di applicazione degli indicatori. È possibile partire dal tempo di degenza per arrivare a valutare la saturazione della capacità produttiva o l'eccedenza o carenza dei posti letto effettivi. Solo a titolo di esempio si riporta come possa essere valutata opportunamente l'allocazione dei posti letto nell'ambito di un'azienda sanitaria nell'ambito delle varie discipline considerando produttività del reparto e capacità di saturazione:

Si può definire uno standard minimo di giornate di degenza necessarie per utilizzare in maniera efficiente i posti letto disponibili. Si ricava dalla seguente formula: n. di posti letto x 365 x 0,75.

In questo modo si rileva se esiste una sottoccupazione del reparto o un sovradimensionamento del numero dei posti letto parametrando le giornate di degenza effettive al 75% della saturazione della capacità produttiva.

Un esempio: il reparto di chirurgia dell'ospedale X ha 25 posti letto, 8,25 medici e raggiunge 4187 giornate di degenza annua producendo un DRG totale pari a 717.

- standard minimo di giornate = 25 x 365 x 0,75 = 6.843 giornate minime di degenza (il 75% dell'occupazione viene posto come criterio accettabile di saturazione capacità produttiva)

- posti letto necessari in base a capacità produttiva standard: 6.843/365 = 18,75

- eccedenza posti letto: 25/18,75 = 6,25

Stato attuale: prendendo in considerazione le giornate di degenza effettive si evince, invece, che per saturare la capacità produttiva basterebbero circa 11 letti invece che 25.

Posti letto necessari in base alle giornate di degenza prodotte attualmente = 4.187/365 = 11

Eccedenza di posti letto = 25 - 11 = 14

Dalla tab. 11 si evince come, sia nella situazione attuale che nell'ipotesi di applicazione dello standard minimo di giornate di degenza, esista un esubero di posti letto a disposizione in ciascuna disciplina o centro di responsabilità analizzato.

È necessario, però, fare una precisazione riguardo lo standard applicato, il quale non offre informazioni sull'adeguatezza del numero dei dimessi, quindi sul tempo medio di degenza (i letti potrebbero essere occupati tutto l'anno da pochi dimessi).

Si potrebbe applicare un metodo analogo anche per l'individuazione dell'*eccedenza del personale* in base all'individuazione di standard produttivi, e procedere con svariate simulazioni mediante utilizzo congiunto di più indicatori a disposizione, ricavando possibilmente gli standard da azioni di *benchmarking*. O nello stesso modo abbinare un elemento che connota qualitativamente le prestazioni erogate, anche in termini di appropriatezza quale il DRG, rapportato alle risorse fisiche e umane impiegate per conseguirlo.

Stesso discorso è applicabile alla dimensione che racchiude la *soddisfazione degli utenti interni* e al sistema generale di governance e di politiche gestionali del personale.

Parlare di clima interno, formazione, management, comunicazione e informazione, possibilità di carriera, soddisfazione professionale, tutti concetti applicabili alle aziende moderne, tendono assolutamente a decadere in un sistema in cui, nella gran parte dei casi, le professionalità elevate sono quasi del tutto assenti, i ruoli di-

Tab. 11 - Simulazione allocazione posti letto in quattro poli ospedalieri in base a metodo indicato. Posti letto in eccedenza per polo e per disciplina nello stato attuale e con standard minimo di giornate di degenza applicato

	Eccedenza posti letto corrente				*Eccedenza posti letto con standard minimo di giornate di degenza applicato*			
DISCIPLINA	**PH4**	**PH3**	**PH2**	**PH1**	**PH4**	**PH3**	**PH2**	**PH1**
Chirurgia	14	4	15	4	6	3	7	4
Cardiologia	2	2	2	2	3	3	4	3
Medicina	3	(3)	1	1	8	6	8	8
Ortopedia	7	3	3	1	5	4	4	3
Ostetricia & gin.	7	6	2	5	4	5	4	4
Otorinolaringoiatria	4			5	2			3
Pediatria	2	4	3	4	2	3	2	3
Urologia		2		5		2		4

rettivi o posizioni organizzative vengono assegnate mediante logica di contrattazione politico sindacale al di fuori di qualsiasi reale necessità e volontà di ricerca di professionalità e dove il percorso di carriera è assolutamente avulso e lontano dalla valutazione specifica delle capacità del singolo.

I più elementari concetti di management vengono elusi. Qualsiasi applicazione delle norme inerenti la premialità in base a risultato e competenze, cozzano pesantemente contro i modelli organizzativi rigidi applicati. Modelli rigidamente gerarchici, dove l'assenza di comunicazione tra individui e funzioni definisce lo *status quo*. In ogni caso, in un tipo di organizzazione che deve soddisfare bisogni sempre più complessi, non è applicabile un modello gerarchico basato sulla concentrazione del potere decisionale verso un'unica figura (ad esempio il primario senza il quale non vengono prese decisioni dagli altri membri del gruppo creando insoddisfazione per l'utenza e colli di bottiglia), ma l'organizzazione dovrebbe essere sempre più di tipo orizzontale, informale, con possibilità di interscambio veloce delle informazioni e delle competenze, con capacità di lavorare in gruppo e di accentuazione della flessibilità anche operativa, proprio a causa dell'assenza di standardizzabilità delle problematiche e dei fabbisogni complessi che la domanda potrebbe generare.

La dimensione più oggetto di discussioni è quella economico-finanziaria. È effettivamente l'ambito più discusso e, almeno teoricamente, più analizzato, in realtà si banalizzano le analisi ricorrendo al raffronto tra il risultato d'esercizio ed il budget concordato. Il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata, malgrado siano stati posti indicatori e obiettivi specifici per il contenimento della stessa, ha rappresentato un clamoroso fallimento. Non si ha quasi mai contezza di quali siano i fattori che producono inappropriatezza prescrittiva e pertanto non si riesce a porre rimedio al contenimento della spesa che ne deriva.

Anche il budget assegnato, che sia aziendale o in rari casi per unità operativa, non è altro che l'elaborazione contenitiva del costo storico, in quanto il risultato consuntivo non viene mai tradotto nelle cause effettive che lo hanno prodotto.

Mettere sotto esame il costo sanitario pro capite o il costo per patologia, o ancora il costo della degenza o della prestazione diagnostica strumentale, non indica molto sulle cause che li hanno prodotti. L'analisi degli scostamenti dovrebbe essere calibrata non solo in base alla differenza tra costo preventivato e costo effettivo ma si potrebbe applicare un'analisi che determini in profondità la causa dello scostamento stesso.

L'esempio tipico è l'analisi degli scostamenti che differenzia le cause degli stessi attribuendole specificamente ai seguenti fattori: lo scostamento di prezzo (si è pagato di più l'unità di prodotto o la risorsa produttiva rispetto allo standard); lo scostamento di efficienza (si è consumato più unità di prodotto o si è impiegato più tempo per erogare una determinata prestazione) o scostamento di volume (si è semplicemente prodotto di più). In quest'analisi è possibile risalire puntualmente alle cause specifiche di uno scostamento e consente anche di individuare specifici standard che sono utilissimi nel sistema di pianificazione ed elaborazione del budget. Fuori finalmente dalla logica del costo storico. E di conseguenza anche del taglio lineare.

Le fasi e gli obiettivi del metodo adottabile si potrebbero sintetizzare in questi punti:

obiettivi: individuazione delle cause di scostamento tra costi standard e costi effettivi e correzione della pianificazione;

metodo:

- analisi costi di produzione
- determinazione costi standard e del budget
- individuazione costi effettivi
- analisi scostamenti costi std vs costi effettivi.

Analisi costi di produzione

Per costi di produzione si intendono tutte le voci di costo dirette ed indirette necessarie affinché i singoli centri di costo possano svolgere la propria attività caratteristica di erogazione di prestazioni.

In sintesi, ai fini dell'analisi risulta necessaria:

- individuazione dei centri di costo che compongono sistema di contabilità analitica
- definizione voci di costo interne al centro di costo da monitorare
- differenziazione tra costi speciali e costi di struttura.

Determinazione dei costi standard e del budget

Per quanto concerne la determinazione dei valori standard è opportuno adottare il criterio che considera come standard il valore minimo tra i centri di costo dell'azienda (o mediante *benchmarking*) delle quantità di materiale consumato, dei costi speciali e di struttura, mentre per il numero delle prestazioni possono essere preventivate come ipotesi quelle corrispondenti all'anno antecedente al test.

V rappresenta il volume di produzione, cioè il numero di prestazioni previste e **P** è il prezzo unitario del fattore produttivo "x" stabilito in base al miglior prezzo unitario dei singoli fattori produttivi a livello aziendale totale nell'anno pregresso. Tutti gli standard concorrono all'elaborazione del budget in termini di volumi e costi.

Definizione:

- Costo standard = Cx, ammontare costo diretto relativo alla prestazione,Cx = xQi xVx x Pi
- xQi = Standard fisico unitario, qtà standard di "i" occorrente per la prestazione "x"
- Vx = Volume di produzione per periodo considerato: numero di prestazioni (x) anno
- Pi = prezzo standard di valorizzazione di Q

I Costi di struttura Cs del centro di costo (laboratori) non imputabili direttamente alla produzione, definibili con un'unica previsione (programmazione annuale) sono stati imputati successivamente ai processi di produzione tramite tasso di ripartizione (Vp = volume di produzione, Tasso di ripartizione std = Cs/Vp).

L'assegnazione di budget per singola unità operativa o centro di responsabilità e per singola direzione, ha implicato, oltre la responsabilizzazione dei direttori delle stesse, la visibilità pubblica del budget e del relativo avanzamento del valore e del costo di produzione nel corso dell'anno. Tale fenomeno produce una motivazione correlata alla tutela del livello di reputazione del referente, meccanismo assai funzionale e proprio per questo spesso osteggiato.

Individuazione dei costi effettivi

Dopo aver individuato i valori standard in termini di costo, basati su quantità, prezzo e volume, si individuano i costi effettivi diretti di produzione. Quindi si individua la quantità effettiva (Qe) di fattore produttivo inerente ai materiali consumati per singola prestazione e per singola UOC nell'anno da mettere a confronto con il budget elaborato con gli standard. (es: quantità reagenti laboratorio/numero prestazioni laboratorio). Si misurerà il volume effettivo delle prestazioni per singolo UOC nell'anno trascorso e il prezzo unitario effettivo (Pe) del fattore produttivo calcolato in base al prezzo dei fattori produttivi a livello di singolo UOC nell'anno trascorso. (es: prezzo unitario effettivo dei reagenti).

Analisi scostamenti

A questo punto si può procedere all'analisi dello scostamento dei costi vera e propria, non più basata sul costo storico. Lo *scostamento di programma* è rappresentato dal confronto tra costi effettivi e costi standard che è ripartibile in:

- <u>scostamento di volume</u> = confronto tra costi std a livello programmato e costi standard a livello effettivo
- <u>scostamento di prezzo</u> = relativo alla variazione del prezzo dello standard fisico unitario necessario alla prestazione
- <u>scostamento di efficienza</u> = relativa alla variazione dell'utilizzo dello standard fisico unitario per singola prestazione.

In pratica lo *scostamento di programma* è lo scostamento complessivo che valorizza le differenze dei costi consuntivi dell'anno pregresso rispetto agli obiettivi di budget stabiliti tramite i costi standard:

- è rappresentato dalla somma degli scostamenti di programma dei singoli CDR o UOC
- lo scostamento di programma a livello di laboratorio è = (Qs xVp x Ps) - (Qe x Ve x Pe)
- la somma degli scostamenti di programma dei singoli laboratori darà lo scostamento di programma totale.

Si determineranno poi i maggiori o minori costi rispetto agli standard causati o dall'aumento dei volumi produttivi, o dall'aumento dei prezzi della materia prima o dall'efficienza con cui si fa uso della stessa (quantità di prodotto utilizzato per singola prestazione):

- <u>scostamento di volume</u> = (Qs x Ps x Vp) - (Qs x Ps x Ve)
- individua una variazione dei costi dovuta all'aumento o decremento delle prestazioni rispetto al volume di prestazioni previsto Vp
- <u>scostamento di prezzo</u> = (Ps - Pe) x Qe x Ve

- scostamento di prezzo individua una variazione dei costi dovuta all'aumento o decremento del prezzo o costo di acquisto dei fattori produttivi: responsabilità della centrale di acquisto

- scostamento di efficienza= (Qs - Qe) x Ps x Ve.

Individua una variazione dei costi dovuta all'aumento o decremento dell'utilizzo di materiale per singola prestazione: responsabilità dei dirigenti del singolo centro di responsabilità.

Nell'esempio i budget sono stati definiti non sulla base dei costi medi immediatamente rilevabili dalla contabilità analitica, e tantomeno dai costi storici, ma dopo l'analisi che ha messo a confronto le diverse modalità di utilizzo dei vari fattori produttivi (ore lavorate per qualifica, quantità e tipologia di materiali, ecc.) per arrivare a individuare per ogni item la situazione più virtuosa mediante accurata scomposizione dello scostamento di programma in scostamento di prezzo, di efficienza e di volume, scomposizione che facilita anche l'individuazione delle singole responsabilità: lo scostamento di prezzo deve essere giustificato dall'ufficio acquisti, mentre lo scostamento di quantità deve essere giustificato dalla stessa UOC che eroga il servizio.

L'esempio riportato mostra quale uso si possa fare degli indicatori esulando dalla semplificazione attualmente adottata degli scostamenti generali di tipo economico in assenza di adeguata programmazione delle prestazioni, budgeting e analisi a consuntivo.

Come si evince la predisposizione dei set di indicatori per ogni dimensione, a partire da quelli selezionati e attualmente applicati, risulta fondamentale in termini di verifica degli obiettivi. In ogni caso gli indicatori non possono prescindere dal possesso di una serie di requisiti propri e distintivi di tutti gli strumenti gestionali: la tempestività in quanto la produzione dei relativi report e avanzamenti deve rispondere ad esigenze legate al tempo di elaborazione delle decisioni; la chiarezza legata all'interpretazione del dato; l'affidabilità per assicurare l'attendibilità delle informazioni su cui si fonda il report; la sinteticità dell'informazione offerta; l'appropriatezza nell'inquadramento dei fattori che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo.

In ogni caso gli indicatori devono restare «sempre validi», con potenziale diagnostico elevato indipendentemente da obiettivi strategici specifici. Essendo il punto di arrivo di un processo logico e razionale di orientamento dei comportamenti dovrebbero essere rappresentativi delle modalità che devono essere utilizzate per la valutazione delle performance in termini multidimensionali.

Bibliografia

Adcroft A., Willis R. (2005): The (un)intended outcome of public sector performance measurement, *International Journal of Public Sector*, 18(5): 386-400.

Amado C.A., Santos S.P. (2009): Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centers, *Health Policy*, 91(1): 43-56.

Anthony R., Young D. (1992): *Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Milano, Mc-Graw Hill.

Arcari A.M., Pels J. (1991): Professional Service Firms: standardizzare per crescere, *Economia e Management*.

Argyris C., Schon D. (1998): *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*, Milano, Guerini e Associati.

Bititci U.S., Carrie A.S., McDevitt L. (1997): Integrated performance measurement systems: a development guide, *International Journal of Operations & Production Management*, 17(5): 522-534.

Borgonovi E. (2016): *Dal passato al futuro: le conoscenze caratterizzanti degli studi aziendali e di management e l'innovazione delle teorie sul settore pubblico*.

Boyle D. (2001): The trouble with too many numbers, *Accountability Quarterly*, 16, 2.

Broadbent J., Laughlin R., Read S. (1991): Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis, *Critical Perspectives on Accounting*, 2(1): 1-29.

Canadian Comprehensive Accounting Foundation (CCAF) (1987): *Canadian Hospitals: Accountability and Information for Cost Effectiveness - An Agenda for Action*, Ottawa.

Carbone C., Lecci F., Lega F., Prenestini A., Rotolo A., Tarricone R., Valotti G. (2013): *Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione, Rapporto Oasi*.

Carpenter V.L. (1990): Improving accountability: evaluating the performance of public health agencies, *Government Accountants Journal*, XXXIX, 3: 43-76.

Cattabeni L., Lega F., Vendramini E. (2004): Primi cenni sulla valutazione multidimensionale delle performance delle aziende ospedaliere tra fini esterni ed usi interni, *Sanità Pubblica e Privata*.

Chang L. (2006): Managerial Responses to Externally Imposed Performance Measurement in the NHS: An Institutional Theory Perspective, *Financial accountability and management*, 22(1): 63-85.

Chang L. (2007): The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach. Limitations and implications, *International Journal of Public Sector Management*, 20(2): 101-117.

Chow C.W., Ganulin D., Haddad K., Williamson J. (1998): The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management, *Journal of Health Care Management*, 43: 263-80.

Churchman C.W. (1971): On the facility, felicity, and morality of measuring social change, *The Accounting Review*, 46(1): 30-35.

Di Stanislao F., Carinci F. (2012): Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, *Monitor*, 30: 8-21.

Dossi A. (2010): "Prefazione", in Bhimani A., Caglio A., Ditillo A., Morelli M., *Performance management*, Milano, EGEA.

Edvinsson L., Malone M.S. (1997): Intellectual Capital: *Realizing Your Company's True Value by Finding Its Hidden Brainpower*, Harper.

EFQM (Hendricks K., Singhal V.) (1996): Quality Awards and the Market Value of the Firm: An Empirical Investigation, Georgia Tech, *Management Science*, Vol. 42, 3: 415-436.

Elwyn G., Buetow S., Hibbard J., Wensing M. (2007): Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective, *BMJ*, 335: 1021-1022.

Evans S.M., Lowinger J.S., Sprivulis P.C., Copnell B., Cameron P.A. (2009): Prioritizing quality indicator development across the healthcare system: identifying what to measure, *Internal Medicine Journal*, 39: 648-654.

Fitzgerald L., Johnston R., Brignall S., Silvestro R., Voss C. (1991): *Performance Measurement in Service Business*, London, CIMA.

Flapper S.D.P., Fortuin L., Stoop P.P. (1996): Towards consistent performance management systems, *International Journal of Operations & Production Management*, 16(7): 27-37.

Galli D. (2009): "I criteri di regolazione delle relazioni finanziarie intergovernative: analisi di alcune esperienze straniere", in AA.VV., *La misurazione della performance nelle pubbliche amministrazioni*.

CNEL Documenti: *Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento …*, 549.

Ittner C.D., Larcker D. (1998): *Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali*.

Vainieri M., Nuti S. (2015): *Valutare i percorsi in sanità*, Il Mulino.

Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014): *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, report 2014*, Il Mulino.

Nuti S., Vola F., Amat P. (Laboratorio Management e sanità Scuola Superiore Sant'Anna Pisa): Innovations in performance measurement: trends and research implications, *Journal of management accounting research*.

Kanji G.K. (1998): Measurement of business excellence, *Total Quality Management*, Vol. 9, 7: 633-643.

Kaplan R.S., Norton D.P. (1992): The balanced scorecard. Measures that drive performance, *Harvard Business Review*, 71-9.

Kaplan R.S., Norton D.P. (1996/*a*): Using the balanced scorecard as a strategic management system, *Harvard business review*, 74(1): 75-85.

Kaplan R.S., Norton D.P. (1996/*b*): Linking the balanced scorecard to strategy, *California management review*, 39(1).

Kollberg B., Elg M. (2011): The practice of the Balanced Scorecard in health care services, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5): 427-445.

Kotter J.P. (1996): *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston.

Le Pogam M., Luangsay-Catelin J., Notebaert C. (2009): La performance hospitalière: à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent, *Revue Management et Avenir*, 25: 116-134.

Lega F. (2001): *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità. Il caso dell'azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*, Milano, McGraw-Hill.

Lega F. (2008): *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea.

Levitt B., March G.J. (1988): Organizational Learning, *Annual Review of Sociology*, 14: 319-340.

Love D., Revere L., Black K. (2008): A Current Look at the Key Performance Measures Considered Critical by Health Care Leaders, *Journal of Health Care Finance*, 34(3): 19-33.

Lynch R.L., Cross K.F. (1991): *Measure Up. The Essential Guide to Measuring Business Performance*, Mandarin, London.

Navarro-Espigares J.L., Torres E.H. (2011): Efficiency and quality in health services: a crucial link, *Service Industries Journal*, 31(3): 385-403.

Neely A., Adams C., Crowe P. (2001): The performance prism in practice, *Measuring Business Excellence*, 5(2): 6-13.

Nuti S. (2008): *La valutazione delle performance in sanità*, Il Mulino, Bologna.

Perks R., Glendinning R. (1981): Performance indicators applied to nationalized industries, *Management Accounting*, 22-4.

Pollitt C. (1984): Blunt tools: performance measurement in policies for health care, *Omega*, 12(2): 131-140.

Prenestini A. (2008): Il controllo strategico nelle aziende sanitarie, *Mecosan*, 17: 65-82.

Prenestini A., Valotti G. (2012): "Controllo delle strategie e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche", in AA.VV., *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea. 00470238512201_VOLAIT@0535-0572#.indd 549 16/12/13 14:11 550 Rapporto OASI 2013.

Simons R. (2000): *Performance measurement and control systems for implementing strategy*, Upper Saddle River, N.J.

Prentice H., Smith P. (1992): Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political responses in public sector effectiveness auditing, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5, 1: 5-20.

Sveiby K.E. (1997): The intangible assets monitor, *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 2(1): 73-97.

Tarricone R., Valotti G. (2012): "Il miglioramento del performance management nelle aziende sanitarie pubbliche: oltre le mode e le tradizioni", in AA.VV., *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea.

Tawfik-Shukor A.R., Klazinga N.S., Arah O.A. (2007): *Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada*, BMC Health Services Research, 7: 25.

Weick K. (1979): *The social psicology of organizing* (2nd edition), Addison-Wesley Reading, Mass.

Williams A. (1985): "Performance measurement in the public sector: paving the road to hell?", in Arthur Young Lecture (WP)7, Department of Accountancy, School of Financial Studies, University of Glasgow, Glasgow.

Wright P.D., Keegan D.P. (1997): A comprehensive account of value, *Measuring Business Excellence*, 1(3): 40-45.

Yankelovic D. (1972). *Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business*, Standford.

Yankelovic D., Yigitbasioglu O.M., Velcu, U. (2012): A review of dashboards in performance management: Implications for design and research, *International Journal of Accounting Information Systems*, 13(1): 41-59.

La chirurgia plastica post-bariatrica nella prospettiva di un trattamento multidisciplinare del paziente obeso. Considerazioni clinico-economiche

MARIA EMANUELA FERRANTI
Professional Education & Event Management Owner, Johnson & Johnson Medical S.p.A.

Riassunto: I dati statistici sull'obesità ci dicono che siamo dinanzi ad una delle più grandi "epidemie" degli ultimi decenni. L'eccessivo accumulo di tessuto adiposo è purtroppo un fenomeno sempre più diffuso nel mondo, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. Esiste quindi un forte allarme sociale, non fosse altro perché le indagini epidemiologiche rivelano che all'incremento dell'obesità corrisponde l'incremento di morbilità e mortalità, in ragione delle gravi malattie cui vanno incontro le persone obese. Questo serissimo problema richiede pertanto precisi interventi a più livelli, ben coordinati fra loro, a partire dal livello chirurgico, posto che la chirurgia cosiddetta bariatrica si è dimostrata essere un fondamentale strumento per la cura dell'obesità. Essa, però, non è di per sé sufficiente. Le considerevoli perdite di peso, ottenute con quel tipo di intervento, lasciano nel paziente un surplus di pelle che comporta notevoli problemi funzionali e psicologici, al punto di poter compromettere gli stessi risultati conseguiti attraverso la chirurgia bariatrica. Non si può di conseguenza prescindere, nella cura dell'obesità, dalla cosiddetta chirurgia plastica post-bariatrica. Essa, con la sua funzione di rimodellamento, costituisce una tappa importante di un percorso lungo e complesso, finalizzato ad assicurare al paziente non solo salute fisica, ma anche funzionalità, benessere psicologico e dignità.

Parole chiave: obesità, diabesity, morbilità, chirurgia bariatrica, chirurgia plastica post-bariatrica

Abstract: *Statistical information on obesity prove we are facing one of the largest "epidemics" of the last decades. The incidence of people affected by severe adiposity is getting higher and higher throughout the world, above all in low/medium-income countries. Hence, a widespread social alarm does exist, if nothing else, on account of the fact that recent epidemiologic surveys show that an increased obesity rate matches with an increased morbidity and mortality rate, due to serious obesity related diseases affecting overweight people. To face and solve this critical situation, a manifold approach is needed: on the one hand, bariatric surgery has proved to be a crucial instrument to treat obesity; on the other one, it is bound to be coupled with post bariatric plastic surgery. As a matter of fact, the remarkable loss of weight obtained through bariatric surgery leaves the patient with such a surplus of skin which may lead to important functional complications and psychological handicaps that are likely to heavily compromise the positive results achieved by bariatric surgery. Consequently, in the treatment of obesity post bariatric plastic surgery definitely plays a critical role since successful body reshaping and remodelling is a significant stage of a long and complex process aimed at granting the patient not only physical and functional recovery but also interior well-being and dignity.*

Key words: *obesity, diabesity, comorbidity, bariatric surgery, post-bariatric body contouring surgery*

1. Introduzione

L'obesità è una delle più grandi "pandemie" che l'umanità abbia affrontato negli ultimi decenni e rappresenta il secondo rischio per la salute dopo il fumo.

Dal 1980 la prevalenza dell'obesità nel mondo è più che raddoppiata, ed oggi in 19 dei 34 paesi OCSE circa metà della popolazione è sovrappeso od obesa, con una preoccupante espansione in età infantile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (2002) stima che entro l'anno 2050 il 90% dei bambini sarà sovrappeso o gravato da obesità.

L'eccessivo accumulo di tessuto adiposo è ormai un fenomeno che interessa 1,5 miliardi di persone nel mondo (di cui circa 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi, tra i quali 88 milioni si trovano in Europa), con una drammatica crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani. Esiste quindi il serio rischio che ciò diventi la nuova piaga delle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico,

nonché un gravissimo problema di salute pubblica.

Il forte allarme che ne deriva è aggravato dal fatto che tutte le indagini epidemiologiche evidenziano come l'obesità incrementi, in modo significativo, la morbilità e la mortalità connesse alle gravi malattie che minacciano la popolazione obesa, quali i disturbi cardiovascolari e respiratori, il cancro e il diabete.

Il mondo scientifico, di fronte a questa preoccupante emergenza sanitaria e alla complessità delle connesse problematiche, è ormai concorde nel riconoscere che la patologia in questione richiede un approccio multidisciplinare completamente integrato.

Le priorità da seguire per affrontare e risolvere efficacemente il problema sono essenzialmente due: la prevenzione, attraverso l'alimentazione ed un corretto stile di vita, e la cura efficace e duratura dei casi esistenti, soprattutto di quelli gravi.

Uno strumento rivelatosi decisamente efficace contro l'obesità e le sue patologie è rappresentato dalla chirurgia cosiddetta *bariatrica* (da *baros*, cioè pesante, e *iatricos*, cioè cure mediche). La chirurgia bariatrica non solo ha il merito di far perdere in maniera significativa e durevole grandi quantità di peso, ma ha un impatto decisivo anche sulle malattie correlate, in particolare su quelle metaboliche come il diabete mellito di tipo 2 (che colpisce il 90% degli obesi gravi), contribuendo in tal modo a ridurre significativamente le risorse da investire.

La chirurgia bariatrica, presente nel nostro paese "a macchia di leopardo", ha un forte impatto sulla riduzione dei costi sociali diretti e indiretti della malattia e delle sue complicanze. Tuttavia, se da una parte il bisturi è un'utile arma di prevenzione e di cura, dall'altra considerevoli perdite di peso lasciano nel paziente un surplus di pelle che finisce per comportare notevoli problemi funzionali e psicologici, al punto tale da compromettere gli stessi risultati ottenuti dalla chirurgia bariatrica.

Con il presente progetto si intende proporre, in una visione a 360° del paziente obeso, la chirurgia plastica post-bariatrica con la sua funzione di rimodellamento, quale tappa importante di un percorso lungo e complesso volto non solo a ridare funzionalità ma anche un senso di normalità e dignità alla persona coinvolta, con prospettive di mantenimento del peso raggiunto e di allungamento e miglioramento della qualità della vita nel tempo. Degno di nota, in questo senso, è quanto si sta facendo nella Regione Lombardia per affrontare le problematiche in discorso nella loro complessità.

Al fine di poter gestire una patologia così complessa e assicurare l'*outcome* della chirurgia in sé, così come di qualsiasi altro trattamento terapeutico dell'obesità, è però necessario individuare un percorso strutturato e condiviso che, mantenendo sempre al centro il paziente, dia vita ad una specifica organizzazione del lavoro nella quale i diversi attori coinvolti, con le loro specifiche professionalità, concorrano alla creazione di un'équipe multidisciplinare adeguata e competente, in grado di garantire alla persona obesa un personalizzato progetto di cura e assistenza.

2. La malattia obesità

Globesity (globesità), questo è il termine coniato dall'OMS per significare quanto l'obesità ed il sovrappeso costituiscano una vera e propria epidemia mondiale, tanto da diventare la quinta causa di morte nel mondo (1). L'OMS la definisce come: "*eccesso di peso corporeo per accumulo di tessuto adiposo in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute*".

Per classificare la popolazione in base al peso, si utilizza l'indice di massa corporea o BMI (*Body Mass Index*), considerato il più rappresentativo per rilevare la presenza di grasso corporeo in eccesso: BMI = peso (in kg)/altezza^2 (in metri^2):

- <18,5 sottopeso,
- 18,5-24,9 normopeso,
- 25,0-29,9 sovrappeso,
- ≥30 obesità:
  - 30,0-34,9 obeso di classe I (lieve),
  - 35,0-39,9 obeso di classe II (moderata),
  - ≥40 obeso di classe III (patologica).

Il dato razionale di questa classificazione deriva da studi epidemiologici che concordano nell'evidenziare come l'obesità comporti un aumento dell'indice di mortalità e di morbilità già a partire da valori di BMI >25.

L'obesità, considerata in passato come un problema estetico e addirittura una colpa od un fallimento, risolvibile esclusivamente con la forza di volontà dell'interessato, inizia invece ad essere riconosciuta come una malattia del metabolismo. L'*American Medical Association* (2013) l'ha da poco inserita ufficialmente tra le malattie epidemiche definendola come "uno stato patologico con aspetti pato-fisiologici multipli" e l'OMS la considera, molto opportunamente, anche come: "una condizione cronica ad eziopatogenesi multifattoriale". In effetti, l'aumento del peso è associato ad una serie di malattie che di fatto comportano un maggiore rischio di morte prematura. Tra queste, le più importanti e frequenti sono: il diabete mellito o di tipo II, le dislipidemie (aumento

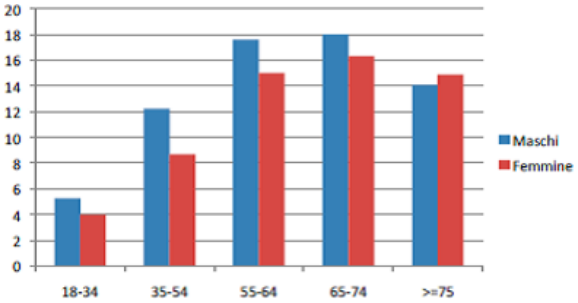
dei trigliceridi e riduzione del colesterolo HDL con particelle LDL piccole e dense), numerose malattie cardiovascolari, le pneumopatie (sindrome di apnee notturne), le artropatie ed alcuni tipi di tumore, fra cui quelli a carico dell'endometrio, della mammella, della prostata, della colecisti e del colon-retto. Si configura, quindi, la cosiddetta sindrome metabolica.

3. Il fenomeno obesità in Italia

Nel nostro Paese il fenomeno dell'obesità è diffuso in varia misura in tutte le regioni e il trend di aumento è preoccupante, se si considera che il numero degli obesi dal 1994 ad oggi è cresciuto di quasi il 30% (5 milioni) e che ad aumentare non è tanto il numero dei soggetti in sovrappeso, quanto quello dei pazienti obesi. L'ISTAT, nel 1999, calcolava che il 33,4% degli italiani avesse un indice di massa corporea superiore alla norma e che il 9,9% degli italiani fosse obeso. Secondo i dati di Osservasalute (2011), nel periodo 2001-2010 la percentuale di popolazione adulta in condizione di sovrappeso o di obesità è aumentata progressivamente tanto che circa la metà ha un peso eccessivo, il 35,6%, ovvero oltre un terzo della popolazione adulta, è in sovrappeso e il 10,3%, una persona su dieci, è obesa. Complessivamente, il 45,9% delle persone sopra i 18 anni era in eccesso ponderale (il 45,4% nel 2009). Secondo l'ISTAT (2013) la maggioranza della popolazione adulta è risultata normopeso (51,2%), il 34,3% sovrappeso, l'11,2% obeso (in aumento di un punto percentuale rispetto al 2005) e il 3,2% sottopeso. Si stima che con il trend attuale nel 2030 il 70% della popolazione italiana sarà in sovrappeso.

La differenza tra uomini e donne è molto più pronunciata. Sono complessivamente in eccesso di peso il 55,6% degli uomini (con una prevalenza più elevata di obesità tra i 55 e i 74 anni di età) e il 36,8% delle donne (figure 1 e 2).

Fig. 1 - Prevalenza dell'obesità in Italia in base al sesso e alle fasce d'età *(Fonte: ISTAT, 2013)*

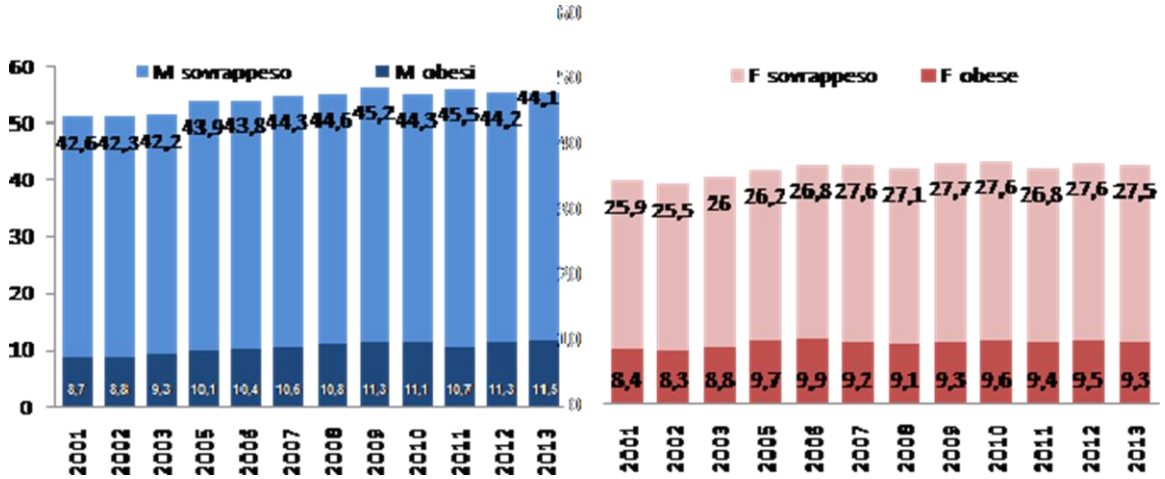


In Italia, come in Europa, assistiamo inoltre ad una inversione nord-sud e si conferma una stretta relazione fra basso livello socio-economico e più elevato rischio di eccesso ponderale. Come si evince dalla tabella 1, l'obesità è prevalentemente diffusa nell'Italia meridionale ed insulare: l'11,6% al sud e l'11,3% nelle isole. Tale dato si attesta al 9,1% nell'Italia centrale e settentrionale.

I dati ISTAT analizzati e relativi agli anni 2010 e 2013 evidenziano, in particolare, una prevalenza delle persone in eccesso ponderale nelle regioni del Sud: Basilicata (12,7%), Puglia (12,3%), Calabria, Abruzzo (entrambe 11,7%), Campania (11,6%) (2) (figure 3, 4 e 5).

Particolarmente preoccupanti sono i dati relativi all'espansione dell'obesità nella popolazione minorile. Negli anni 2011-2012 sono risultati essere sovrappeso o obesi più di un bambi-

Fig. 2 - Convegno "Qualità della vita in Italia: venti anni di studi attraverso l'indagine Multiscopo dell'ISTAT", Roma 27 -28 gennaio 2015



no su tre (35,7%) di età compresa tra 6-10 anni e nel Sud quasi uno su due (48%). La regioni Campania e Puglia possono poi vantare il primato europeo di obesità infantile, il 36%. Si tratta di una delle più alte percentuali nei paesi OCSE. Peggio dell'Italia stanno Malta (49%), la Grecia (45%) e USA (35%), mentre la media è del 22,9%.

Tab. 1 - Tasso di obesità nazionale e ripartizione territoriale per residenti nel 2006 *(Fonte: ISTAT, Servizio "Struttura e dinamica sociale" con tassi standardizzati utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al Censimento 2001)*

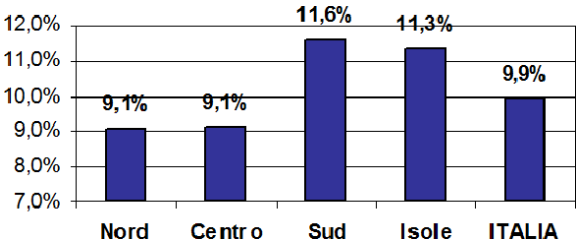


Fig. 3 - Persone obese ≥18 anni per regione (2010) (per 100 persone con le stesse caratteristiche) *(Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie, "Aspetti della vita quotidiana")*

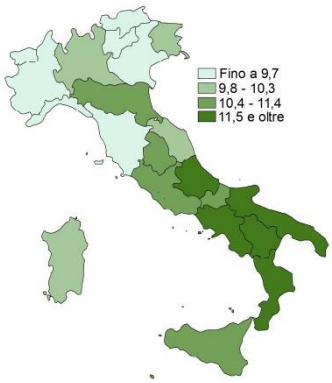


Fig. 4 - Prevalenza dell'obesità in Italia in base al sesso e alle fasce d'età *(Fonte: ISTAT, 2013)*

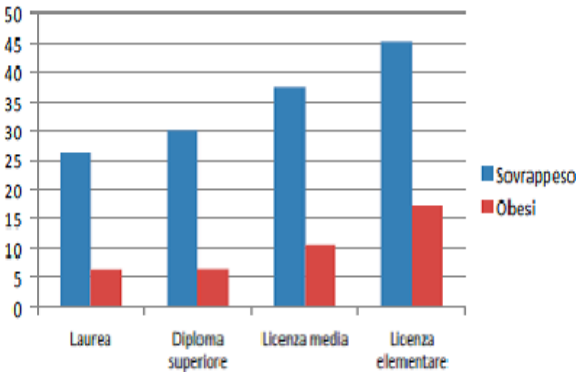
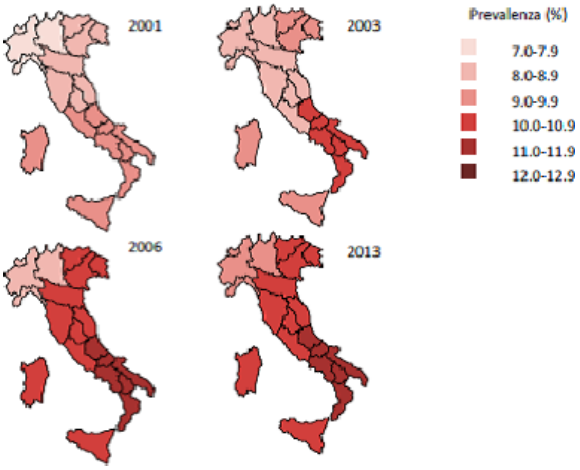


Fig. 5 - Andamento della prevalenza dell'obesità in Italia: trend temporali nelle diverse aree geografiche *(Fonte: ISTAT 2013)*



Il rischio che un bambino obeso diventi un adulto obeso è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale e all'età: circa il 30% dei bambini obesi in età prescolare avranno quel destino, e la percentuale arriva al 70-80% per gli adolescenti obesi. L'OMS, secondo la quale i bambini in eccesso ponderale nel mondo sono 44 milioni, ha lanciato un allarme mondiale: l'obesità infantile può portare a un aumento delle malattie circolatorie in età adulta e predisporre alla resistenza insulinica e, quindi, al diabete di tipo 2. L'impatto dell'obesità e le conseguenti ripercussioni dirette sulla salute sottolineano come sia prioritario e necessario contrastare tempestivamente tale fenomeno. L'*Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* dell'Unione Europea si inserisce proprio in quest'ottica di prevenzione e contrasto. Il sistema di sorveglianza nazionale *OKkio alla Salute*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute e condotto in collaborazione con tutte le regioni italiane e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dal 2007 costituisce una solida fonte di dati epidemiologici sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria e rappresenta la risposta istituzionale italiana al bisogno conoscitivo del problema del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione infantile (figure 6 e 7).

Secondo le rivelazioni effettuate nel 2014, i bambini in sovrappeso sono risultati il 20,9% e i bambini obesi il 9,8%, anche qui con una prevalenza nelle regioni del Centro e del Sud d'Italia.

4. Origine della patologia

All'origine dell'aumento di peso (BMI ≥25-30) vi è una predisposizione o familiarità gene-

tica, i cui i fattori sono, tuttavia, ancora da individuare. Si tratta di una condizione necessaria, ma non sufficiente, visto che gemelli omozigoti, cresciuti in famiglie diverse, possono anche non sviluppare obesità.

Fig. 6 - Trend sovrappeso e obesità *(Fonte: OKkio alla Salute 2014)*

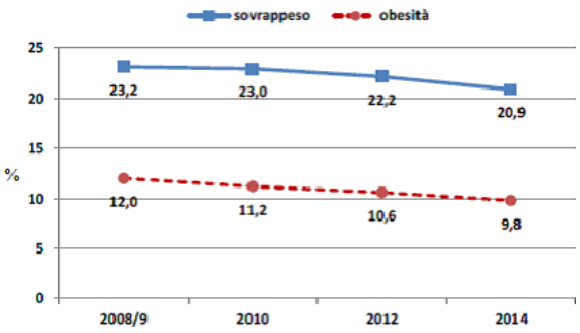
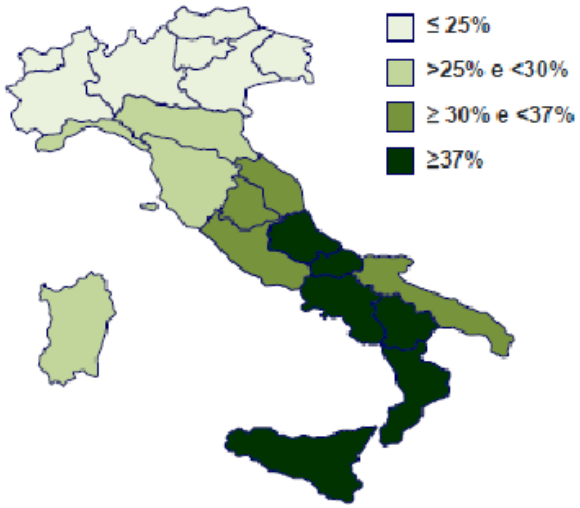


Fig. 7 - Bambini di 8-9 anni in sovrappeso e obesi per regione *(Fonte: OKkio alla Salute 2014)*



L'obesità, oggi, si considera piuttosto come una malattia complessa frutto della presenza contemporanea e dell'interazione di fattori genetici e ambientali. Le centinaia di geni che regolano il peso corporeo possono infatti avere un ruolo nel predisporre all'obesità, ma è l'esposizione all'ambiente cosiddetto "obesogeno" di tipo occidentale a favorirla. Tale ambiente è caratterizzato, essenzialmente, dall'adozione di una dieta iperlipidica e ipercalorica scorretta, poiché troppo ricca di calorie inutili, accompagnata ad uno stile di vita connotato da una scarsa attività fisica e da una vita ed un lavoro sedentari, che richiedono un minor dispendio energetico individuale o comportano addirittura l'inattività (televisione, auto, computer, controlli remoti, porte e finestre automatiche, ecc.).

Il sistema alimentare del cosiddetto "McWorld", caratterizzato dall'esagerata disponibilità di cibo ipercalorico ricco di grassi saturi e ad alto contenuto di sale, ma povero in nutrienti (*junk food*), e da bevande zuccherate (*soft drink*), crea dipendenza ed ha elevati costi sociali, sanitari ed ambientali.

Negli USA, come nel Regno Unito, la lotta al *junk food* ha assunto un tono da crociata. Negli Stati Uniti, dove due terzi della popolazione è obesa, tra i maggiori *testimonial* per la lotta all'obesità, soprattutto infantile, c'è Michelle Obama con la sua campagna "Let's Move", lanciata qualche anno fa con numerose iniziative sociali ambientate nella Casa Bianca, tra cui la coltivazione del famoso orto biologico. Oppure vi sono campagne come "5 A Day", lanciata negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in Germania per incoraggiare il consumo di più frutta e verdura (secondo l'OMS almeno 400 grammi di verdure al giorno), o come "Change 4 Life", promossa dal Ministero della Salute del Regno Unito nel 2009, che incoraggia le persone a mangiare bene e a muoversi di più.

Anche la Commissione Europea si muove in questo senso, puntando sulla responsabilizzazione dell'industria agro-alimentare (sul banco degli imputati ci sono soprattutto le tecniche di marketing della grande industria e della grande distribuzione).

In Italia il Ministro Balduzzi era arrivato a proporre di tassare i *soft drinks* (3 centesimi di euro per una bottiglietta da 33 cc), con l'intenzione dichiarata di correggere le abitudini alimentari, dissuadere dagli acquisti ipercalorici (una cattiva alimentazione) e far arrivare fondi per finanziare campagne di informazione (la proposta fu poi rigettata). Nel 2011 il governo danese ha introdotto una "Tassa sui grassi", poi abolita a causa del suo impatto negativo sull'economia danese. Mentre nel 2013 il governo britannico ha siglato l'"Accordo sulla riduzione dei grassi saturi" con le aziende leader del settore alimentare, che impone ai produttori di ridurre la quantità di grassi saturi nei prodotti alimentari.

Questi interventi legislativi da parte dei governi hanno però senso soltanto se inseriti in una strategia globale nella quale l'informazione sia accompagnata da misure di carattere economico e strutturali, volte a creare un ambiente che stimoli l'adozione di uno stile di vita salutare ed incentivi l'attività fisica ed il movimento, soprattutto nelle classi sociali più a rischio. L'industria alimentare ed i governi hanno in tutto questo una grande responsabilità.

Il 10 ottobre 2012 si è tenuto in Italia l'*Obesity Day*, ovvero la Giornata di sensibilizzazione na-

zionale su sovrappeso e salute. "Le patologie croniche non trasmissibili rappresentano una delle sfide più difficili per i sistemi sanitari" - sostiene Giuseppe Fatati, presidente della Fondazione ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica) e responsabile del Progetto - "L'obesità è la patologia endemica del XXI secolo e gli interventi di prevenzione si sono dimostrati inefficaci perché basati sul paradigma della responsabilità personale". Fatati introduce, in particolare, il concetto di "Mediterraneità", un neologismo che sta ad indicare "l'insieme di valori che hanno caratterizzato l'area mediterranea e che dà all'atto alimentare il giusto spazio/tempo".

Nel Rapporto Osservasalute del 2011 appare evidente come gli italiani, pressati dalle restrizioni economiche, comincino a risparmiare su azioni preventive di base quali una sana alimentazione e lo sport. A parità di peso, le proteine costano molto più dei grassi. I cosiddetti "cibi spazzatura" costano meno rispetto ai cibi salutari come frutta, verdura, pesce, e la tendenza è quella di consumare più carne, grassi e carboidrati. Si rinuncia, quindi, a frutta e verdura, il cui acquisto è divenuto un lusso per pochi (in Italia negli ultimi dieci anni il consumo è sceso del 25%).

Questa flessione, verificatasi in un contesto di crisi economica globale, merita un'attenzione particolare perché evidenzia ancora di più l'importanza di considerare la relazione non solo tra la qualità della dieta e la prevalenza di sovrappeso ed obesità, ma anche con la distribuzione della popolazione secondo le soglie di povertà. I nuovi poveri, infatti, comprano molte calorie attingendo ad alimenti di bassa qualità nutrizionale e con il minor costo possibile (*discount*). Le classi agiate, invece, tendono ad aumentare il consumo di alta qualità, come il biologico. La divaricazione fra ricchi e poveri diventa quindi sempre più evidente. Il peso delle malattie croniche grava soprattutto sui ceti meno abbienti, più suscettibili a malattie croniche non solo per carenze oggettive e stress psicosociale, ma anche per dei comportamenti maggiormente a rischio, per le condizioni di vita non salubri, per un'alimentazione non giusta e per il limitato accesso a cure adeguate (3).

Nei Paesi più poveri e nei quali lo sviluppo è più rapido si riscontra un veloce aumento dell'obesità. Le popolazioni sono infatti passate da un'alimentazione insufficiente ad una sovralimentazione a base di cibi di scarsa qualità e a basso costo. Le donne risultano le più colpite da questo genere di patologie, sia perché in certi ambiti sono i soggetti più vulnerabili a causa delle diseguaglianze sociali, sia perché hanno meno accesso alle risorse economiche.

Nel 2010, quasi 40 milioni di bambini sotto i cinque anni erano in sovrappeso, e di questi circa 35 milioni erano stanziati in Paesi in via di sviluppo.

Nel *World Health Summit* 2012, dal titolo "Research for Health and Sustainable Development", si è discusso proprio su quanto lo stile di vita non salutare sia la causa principale per la diffusione di malattie croniche non trasmissibili, come l'obesità e il diabete, nonché sul fatto che i governi nel mondo si trovano oggi di fronte alla sfida di offrire qualità nonostante la crescente crisi economica, che può risultare, nel contempo, un'opportunità per riformare i sistemi sanitari.

Le proiezioni dell'OMS per il 2030 danno quasi un raddoppio della prevalenza di obesità, che insieme al sovrappeso costituirà una caratteristica per circa il 70% della popolazione. Per tali ragioni, la Società Italiana dell'Obesità (SIO), insieme alle 32 nazioni che formano l'EASO (*European Association for the Study of Obesity*) e alle principali Associazioni europee di pazienti, ha presentato il 6 giugno 2015 all'EXPO di Milano, presso il Padiglione dell'Unione Europea, la "2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity", un invito all'azione per riconoscere e trattare l'obesità come una vera e propria epidemia e la maggior priorità di salute pubblica in tutte le nazioni europee. Solo agendo su più settori e prevedendo interventi anche sociali si può sperare di creare una cultura di prevenzione che mitighi le disuguaglianze in sanità e stimoli la nascita di un ambiente adatto alla promozione della salute, attraverso l'adozione di corretti stili di vita.

5. Costi dell'obesità

Ogni malattia produce effetti negativi più o meno gravi non solo sulle condizioni di vita di chi ne soffre, ma anche su quella dei familiari e, indirettamente, sulla collettività. L'obesità, in particolare, ha un impatto molto significativo sulla società. L'incidenza economica negativa che ne deriva è dovuta sia ai costi dei sistemi sanitari (farmaci e ospedalizzazioni per la malattia stessa e per le sue complicazioni), sia all'assenteismo sul lavoro e alla ridotta capacità lavorativa di coloro che ne sono afflitti, che si estrinseca in giorni di lavoro persi, inabilità ad alcune funzioni, incremento degli incidenti sul lavoro e ricorso a pensionamenti anticipati. Da rilevare, inoltre, che le persone obese guadagnano fino al 18% in meno rispetto ai non obesi.

Dunque, il costo sociale che l'obesità comporta (per la sua gravità e per la crescente diffusione) è altissimo. I costi sanitari che tale infermità comporta sono ormai più elevati di quelli addebitabili al fumo, all'alcolismo e alla povertà. Le malattie "obesità-correlate" costituiscono, poi, una buona parte del carico sanitario del mondo occidentale. Nel 2002 la stima dei costi totali diretti e indiretti a carico dell'UE dovuti all'obesità ammontava a 32,8 miliardi di euro (Fry, Finley, 2005).

Inoltre, si calcola che ad ogni unità in più di BMI corrisponda un incremento del 2,3% del costo sanitario totale (il dato è del 2004). Globalmente, la spesa per l'obesità costituisce lo 0,7-2,8% della spesa sanitaria totale di un paese, e se si includono i costi associati al sovrappeso il limite superiore di questo intervallo arriva al 9,1% (Withrow, Alter, 2011). In Europa, obesità e sovrappeso danno conto del 2,8% delle spese ospedaliere totali, dell'1,9-4,7% della spesa sanitaria totale (5-10% negli USA) e dello 0,47-0,61% del PIL. In ogni caso, appare chiaro che nella maggior parte dei Paesi occidentali una persona obesa costa al sistema sanitario il 25% in più di una persona normopeso.

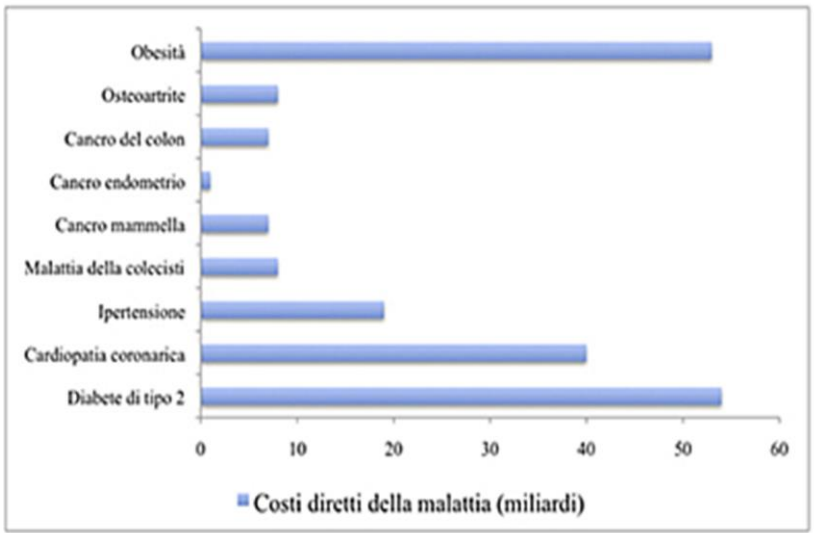
In Italia si stima che nel 2012 l'eccesso ponderale sia stato responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale, per un totale di circa 4,5 miliardi di euro. Mentre tra spese a carico del Servizio sanitario nazionale e perdita di produttività o assenteismo, questa malattia costa ormai 9 miliardi di euro.

Le patologie associate all'obesità migliorano e spesso guariscono, se il paziente riesce a ridurre il proprio peso in modo significativo e duraturo nel tempo. In mancanza di questo, esso deve necessariamente sottoporsi a trattamenti farmacologici e a controlli diagnostici e clinici ripetuti, oltre che onerosi.

In occasione del *19th Eco-European congress on obesity* (Lione, maggio 2012), si è dimostrato che è sufficiente ridurre il peso del 5% per diminuire tutti i fattori di rischio: diabete e problemi cardiovascolari. Per gli ultra 65enni si è asserito, inoltre, che il rischio di complicanze si riduce del 6-7% per ogni chilogrammo di peso perso. Altre annotazioni riguardano le condizioni nelle quali opera un obeso. È da rilevare ad esempio che, oltre ad un minore guadagno rispetto alle persone non obese, le donne poco istruite hanno da due a tre volte più probabilità di essere sovrappeso rispetto a quelle con alto livello di istruzione. Tali differenze non si riscontrano, però, negli uomini.

La Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha condotto, nel 2009, una ricerca per stimare il costo sociale annuo dell'obesità (Turchetti, 2009). Si è calcolato, in particolare, che in Italia siano 4.898.4657 le persone adulte obese (dati del 2008, prevalenza = 9,9%). Il costo sociale annuo, dedotto dalla letteratura tradizionale di una persona obesa, ammonterebbe a 1.700 euro (1.400 per costi sanitari e 300 per quelli non sanitari). Applicando tali dati a tutta l'Italia si è stimato un costo annuo - per la sola popolazione adulta - di 8,3 miliardi di euro, un costo sanitario aggiuntivo per paziente obeso pari all'88% del costo sanitario medio pro capite ed un costo sociale annuo intorno al 6,7% della spesa sanitaria pubblica. Si può concludere che un diciottenne obeso genera, nel corso della vita, costi superiori di circa 100.000 euro rispetto ad un coetaneo normopeso (fig. 8 e tab. 2).

Fig. 8 - Definizione di obesità e situazione attuale *(Quaderni del Ministero della Salute)*



I costi indiretti (dovuti alle morti premature, alla riduzione della produttività lavorativa, all'assenza dal lavoro e ai relativi guadagni, ecc.) sono circa il triplo e sono valutabili nell'ordine di 65 miliardi di euro annui.

Secondo la Commissione Europea per l'Obesità, infine, vi sarebbero da calcolare altri costi, altrettanto notevoli, ma intangibili o difficilmente quantificabili in termini finanziari, come, per esempio, il minor rendimento scolastico, la discriminazione sociale e lavorativa, i problemi psico-

Tab. 2 - Componenti del costo sociale *(www.marketingfarmaceutico.it)*

COSTI DIRETTI		COSTI INDIRETTI	COSTI INTANGIBILI
Riferibili alla produzione della prestazione assistenziale		Riferibili al paziente in relazione alla sua produttività	Riferibili al paziente in relazione alla sua qualità di vita
Costi sanitari	*Costi non sanitari*		
Diagnostica; Farmaci; Ospedalizzazione; Prestazioni sanitarie; Costi delle strutture	Trasporto; Diete speciali; Riadattamento dell'abitazione per pazienti non autosufficienti	Giorni e/o ore di lavoro persi; Riduzione o perdita di produttività del paziente e/o dei familiari	Es. dolore, sofferenze, peggiore qualità di vita; Disagio psicologico associato alla malattia

sociali, la diversa abilità e la scarsa o pessima qualità della vita, ecc.

I soggetti obesi senza lavoro sono molto più numerosi di quelli con peso normale perché i datori di lavoro preferiscono assumere soggetti non obesi, da cui si aspettano una maggiore produttività e meno giorni di assenza dal lavoro. Negli Stati Uniti, per esempio, la percentuale di donne bianche gravemente obese disoccupate è pari al 40%, contro il 30% di quelle con peso normale.

Il Rapporto OCSE (OECD) "Obesity update" del 2012 sottolinea quanto una strategia globale di prevenzione possa rappresentare una soluzione efficace per la lotta all'obesità**.** Coprendo diverse fasce di età e in particolare i gruppi a rischio, si potrebbe infatti garantire un guadagno di salute importante a prezzi contenuti. Una strategia simile in Italia costerebbe al Paese circa 17 euro a persona, una quota impercettibile della spesa sanitaria, che però nel nostro Paese potrebbe salvare circa 75 mila vite, permettendo di evitare ogni anno 75.000 decessi per malattie croniche.

6. Obesità e diabete, cioè "diabesity"

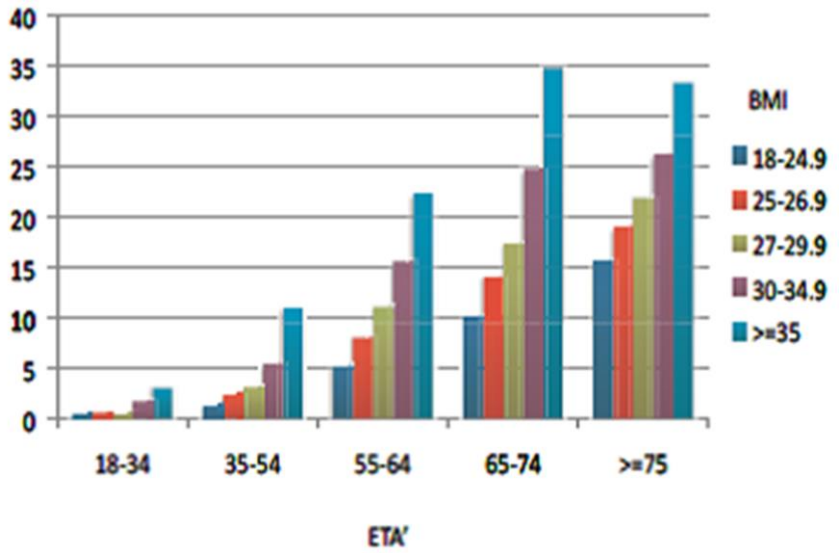
L'obesità e il diabete, soprattutto di tipo 2, sono in preoccupante aumento in tutto il mondo e rientrano, a pieno titolo, tra le malattie cronico-degenerative più impattanti sulla salute dei cittadini.

I dati ISTAT 2012 indicano, per l'Italia, una prevalenza del diabete diagnosticato sul 5,5% della popolazione, pari a 3,3 milioni di individui. Circa 1 milione le persone che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza e altri 2,6 milioni quelle che presentano glicemie alterate. Ulteriori informazioni derivano dai dati ISTAT 2013, che mostrano in maniera ancora più dettagliata l'impatto dei livelli crescenti di eccesso ponderale sul rischio di diabete (fig. 9).

La cosiddetta epidemia di *diabesity* - significando, con ciò, lo stretto legame che esiste tra obesità e diabete, dal momento che più del 90% dei diabetici è obeso - ha importanti ripercussioni di carattere sociale ed economico. Il diabetico consuma risorse sanitarie che sono fra 2 e 3 volte superiori rispetto a quelle utilizzate da persone, di pari sesso ed età, non affette da diabete. Nel 2010 il costo di tale infermità ha assorbito il 10-15% dei costi totali dell'assistenza sanitaria nazionale, con più di 70.000 ricoveri per le complicanze del diabete quali ictus cerebrale, retinopatia diabetica, infarto del miocardio, insufficienza renale, amputazione degli arti inferiori.

Il 27 settembre 2012 si è tenuto, a Roma, il Convegno

Fig. 9 - Prevalenza di diabete in relazione al livelli di BMI nelle diverse classi di età *(ISTAT, 2013)*



"Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito", dedicato alla presentazione del decimo volume della collana "Quaderni del Ministero della Salute" (2011).

"Questo Quaderno - sottolineò l'allora Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio nella sua prefazione al volume - testimonia, da un lato, la piena consapevolezza del Ministero della Salute dell'estrema rilevanza della tematica e, dall'altro, l'intenzione di fornire gli elementi necessari a definire i criteri di appropriatezza - clinica, strutturale, tecnologica e operativa - per la prevenzione dell'obesità e del diabete, e il raggiungimento della migliore efficacia terapeutica e assistenziale. L'ottimizzazione di questi processi rappresenta la sola strada possibile per prevenire queste patologie e ritardarne l'evoluzione e il verificarsi delle complicanze. È, infatti, evidente che, in assenza di iniziative volte alla prevenzione e all'ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti, le risorse disponibili, sia in termini umani che economici, potrebbero, presto, non essere più sufficienti a garantire le cure più adeguate".

7. L'approccio multidisciplinare

L'obesità è una malattia cronica che, per l'eterogeneità delle problematiche connesse, necessita di un approccio multidisciplinare secondo i tempi e le modalità della riabilitazione metabolico-nutrizionale, la quale deve essere finalizzata anche al "recupero di una competenza funzionale" e a "porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie croniche" (4).

Dunque, stabilito che gli interventi monodisciplinari non producono effetti significativi (diete, pasti, sostitutivi, farmaci) (5), occorre che l'obesità venga affrontata seguendo un percorso articolato che consenta di prendere in carico il paziente, la sua malattia e le sue comorbilità (6) in modo completo, tenendo anche conto delle cause psicologiche e culturali della malattia, degli aspetti clinici e delle sue complicanze.

L'obesità è caratterizzata, oltre che da gravi ripercussioni cliniche, anche da una bassa qualità della vita (scarsa integrazione sociale, solitudine psicologica, bassa autostima anche in relazione all'atteggiamento colpevolistico e stigmatizzante della società) e da livelli di disabilità nelle attività basilari della vita quotidiana, nei lavori domestici, nelle attività fuori casa e sul posto di lavoro. D'altra parte, il trattamento dell'obesità è complicato e le ricadute sono frequenti. È quindi necessario che diverse figure professionali concorrano al trattamento del paziente obeso: medici (nutrizionisti, internisti, psichiatri), dietisti, psicologi, fisioterapisti, ognuno con la propria competenza che andrà ad integrarsi con quella degli altri professionisti.

Tenuto conto delle caratteristiche di cronicità della malattia, il paziente non può essere abbandonato appena raggiunto l'obiettivo prefissato, ma necessita di essere attentamente seguito sia con procedure di autocontrollo adottate dal paziente stesso sia con controlli periodici multidisciplinari effettuati da medici-nutrizionisti, dietisti, psicologi, fisioterapisti. A conferma di ciò vi è la nascita di associazioni di ex pazienti (Amici Obesi) con finalità di condivisione e di auto-aiuto.

8. Il ruolo della chirurgia bariatrica

La gran parte dei trattamenti medici associati alla dieta, all'esercizio fisico o ai farmaci è purtroppo inefficace in molti casi, su pazienti con BMI superiore ai 40 kg/m^2 (o >35 se accompagnato a comorbilità).

Con un positivo bilanciamento rischio-beneficio, la chirurgia bariatrica - ovvero dell'obesità - è quindi diventata il trattamento principale per affrontare la cosiddetta "obesità patologica" (in inglese *morbid obesity*). L'intervento chirurgico, infatti, è l'unica terapia che possa vantare nel paziente con obesità grave prove scientifiche di efficacia a lungo termine nella perdita e nel controllo di peso, con una sostanziale e duratura riduzione ponderale nel soggetto obeso (variabile fra il 50% ed il 75% del cosiddetto "peso in eccesso") e con un mantenimento di tale risultato per almeno 10 anni (in oltre l'80% dei casi) (Maggard-Gibbons, 2013).

In uno studio di Sjöström et al. (2007) è stato osservato a due anni dall'intervento un calo ponderale compreso tra il 20 e il 32% (a seconda dell'intervento) rispetto ad appena il 2% dei pazienti trattati con terapie convenzionali, e a 15 anni è stato riferito un calo ponderale complessivo del 27%.

La chirurgia bariatrica, nata negli anni '50, è stata vista per molti anni come un approccio cosmetico di nicchia. Molto è stato fatto per lo sviluppo della terapia chirurgica dell'obesità patologica anche per merito della scuola chirurgica italiana avviata dal Prof. Nicola Scopinaro verso la metà degli anni '70. Tuttavia, a causa dell'alto numero di complicazioni e della limitata efficacia delle prime operazioni utilizzate per trattare l'obesità, la chirurgia bariatrica è rimasta, purtroppo, materia controversa fino alla Conferenza del *National Institutes of Health* (NIH) del 1991. In quell'occasione, il NIH arrivò alla con-

clusione che alcune procedure di chirurgia bariatrica costituivano un trattamento effettivo per certe categorie di pazienti. Ciò aprì le porte alla chirurgia bariatrica, ma la sua crescita iniziale è stata lenta. Si è dovuto attendere quasi una decade prima di assistere ad un aumento apprezzabile del numero di procedure bariatriche, in particolare negli Stati Uniti (Livingston, 2004).

In effetti, solo a partire dall'introduzione delle tecniche per via laparoscopica, ovvero durante la seconda metà degli anni '90, la chirurgia dell'obesità ha cominciato la sua inarrestabile crescita. Non più chirurgia aperta con grandi tagli bensì piccole incisioni e telecamere. La causa di un così vorticoso aumento del numero di procedure di chirurgia bariatrica va individuata in alcune inequivocabili evidenze scientifiche, fra cui: l'aumento del numero dei pazienti obesi, il progressivo aumento della mortalità dei pazienti obesi indipendentemente da razza e sesso e la scarsa efficacia di ogni trattamento diverso da quello chirurgico. In particolare, è stato dimostrato che sia la dieta sia il trattamento farmacologico determinano una riduzione significativa di peso in una modesta percentuale di pazienti (2-4%) e che oltre l'80% dei pazienti sottoposti a trattamento non chirurgico dell'obesità recuperano il peso perso entro 24 mesi dalla sospensione della dieta.

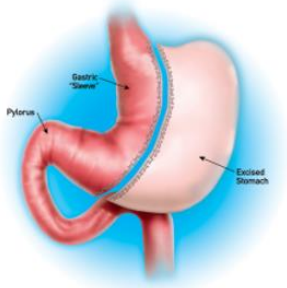
Oggi gli interventi di chirurgia bariatrica sono diversissimi proprio perché il paziente obeso necessita di procedure bariatriche appropriate sia dal punto di vista clinico sia da quello psicologico.

Queste le procedure, tutte eseguibili per via laparoscopica (con conseguente minore percentuale di complicanze connesse all'accesso chirurgico).

Procedure restrittive: consistono nella riduzione del volume gastrico, per limitare l'apporto alimentare e dare un senso di sazietà precoce. Le procedure restrittive più comunemente eseguite sono il bendaggio gastrico regolabile (AGB) (fig. 10) e la *sleeve gastrectomy* o gastrectomia verticale (SG) (fig. 11).

Fig. 10 - Il bendaggio gastrico

Fig. 11 - La sleeve gastrectomy

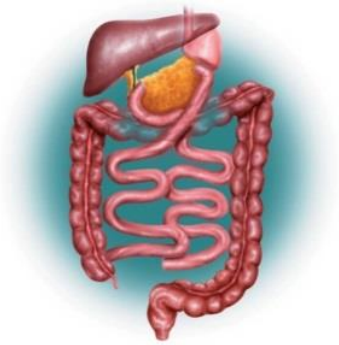


Procedure miste (malassorbitive con maldigestione): associano alla riduzione del volume gastrico un limitato effetto malassorbitivo dei nutrienti (bypass gastrico RYGB o GBP, risolutivo nel diabete mellito) (fig. 12).

Fig. 12 - Il bypass gastrico

Procedure malassorbitive: l'efficacia di questi interventi è essenzialmente dovuta alla riduzione, chirurgicamente indotta, della capacità da parte del piccolo intestino di assimilare i nutrienti. Sono procedure malassorbitive la diversione biliopancreatica sec. Scopinaro (BPD) (fig. 13) e la *duodenal switch* (BPDDS).

Fig. 13 - La diversione bilio-pancreatica



Tra questi interventi, RYGB, SG e AGB sono le procedure al momento più eseguite. In uno studio mondiale si è osservato un aumento ele-

vato della domanda di chirurgia bariatrica nel quale il numero di procedure svolte è più che raddoppiato dal 2003 al 2011 (Buchwald, Oien, 2013). Un aumento notevole è stato osservato per la gastrectomia verticale SG. L'efficacia sulla perdita di peso è in genere parallela alla complessità dell'intervento. Il bendaggio gastrico, per esempio, è l'intervento sicuramente meno rischioso ma anche il meno efficace. All'opposto, la diversione bilio-pancreatica è sicuramente l'intervento più efficace ma anche il più complesso. La percentuale di interventi realizzata in laparoscopia, inoltre, è passata dal 2,1% nel 1998 al 90,2% nel 2008 (Nguyen et al., 2011).

Una menzione merita anche il *Mini Gastric Bypass* che si sta affermando come una tecnica chirurgica di successo per via della propria valenza malassorbitiva unita alla facilità di esecuzione e ad una complessità procedurale inferiore rispetto al RYGB a fronte di benefici molto simili a livello di calo ponderale, remissione delle malattie metaboliche e incidenza di complicanze.

Deve essere comunque sottolineato che oggi la chirurgia bariatrica è più "sicura", grazie al miglioramento della tecnica chirurgica e della gestione "perioperatoria" del paziente bariatrico. Ad esempio, un'analisi del *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) indica che la mortalità perioperatoria dopo chirurgia bariatrica si è ridotta nel periodo 1998-2004 dallo 0,89% allo 0,19% dei pazienti (Zhao, Encinosa, 2007). In una recente revisione sistematica e meta-analisi è riportato un tasso di mortalità pari allo 0,08% a 30 giorni (Chang et al., 2014). Un altro studio ha riscontrato che i tassi di mortalità complessivi a breve e lungo termine riportati per i diversi interventi di chirurgia bariatrica erano, rispettivamente, dello 0,28% e dello 0,35% (Buchwald et al., 2007). I tassi di mortalità più bassi si sono registrati con le procedure di bendaggio gastrico AGB e quelli più alti con la diversione biliopancreatica BPD.

Secondo le linee guida della SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità) (2008), sovrapponibili a quelle internazionalmente codificate ed accettate, per i pazienti di età compresa tra i 18 ed i 60 anni (il 97,5% dei pazienti del Registro SICOB) le indicazioni per la chirurgia bariatrica sono le seguenti:

1. BMI ≥40 kg/m^2;
2. BMI tra 35 e 40 kg/m^2 in presenza di comorbilità associate che possono migliorare o guarire a seguito della notevole e persistente perdita di peso ottenuta con l'intervento (malattie del metabolismo, patologie cardiorespiratorie, gravi malattie articolari, gravi problemi psicologici, ecc.).

Le linee guida americane hanno di recente ampliato i criteri di indicazione per includere i pazienti con obesità lieve o moderata (BMI compreso tra 30 e 34,9 kg/m^2) affetti da diabete o sindrome metabolica (Mechanick et al., 2013).

Per essere candidati all'intervento i pazienti devono avere dimostrato, nella loro storia clinica, il fallimento di un corretto trattamento medico (mancato o insufficiente calo ponderale; scarso o mancato mantenimento a lungo termine del calo ponderale con tecniche non chirurgiche), obesità di durata superiore ai cinque anni, assenza di ogni dimostrabile causa endocrina, assenza di ogni stato patologico che aumenti il rischio operatorio o la speranza di vita, assenza di disturbi psichiatrici o caratteristiche psicologiche che comportino una scarsa *compliance*. Il paziente, ben informato e motivato, deve mostrare piena disponibilità a sottoporsi a periodici follow-up post-operatori.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, la terapia chirurgica è quindi l'unica forma di trattamento che consenta la guarigione duratura in un elevatissimo numero di casi degli obesi gravi e dei superobesi (fig. 14).

I più recenti studi, condotti su un numero significativo di casi, hanno inoltre dimostrato che nel gruppo trattato chirurgicamente si sono avute significative riduzioni nella mortalità, nel rischio di sviluppare altre patologie associate, nel ricorso a trattamenti terapeutici e nei costi sanitari e sociali, diretti e indiretti.

In uno studio multicentrico di Sjostrom et al. (2009) la mortalità in un vasto gruppo di pazienti trattati con vari tipi di intervento chirurgico è stata prospetticamente comparata alla mortalità in un gruppo di pazienti di pari obesità e di caratteristiche cliniche molto simili, che avevano scelto di non sottoporsi alla procedura chirurgica.

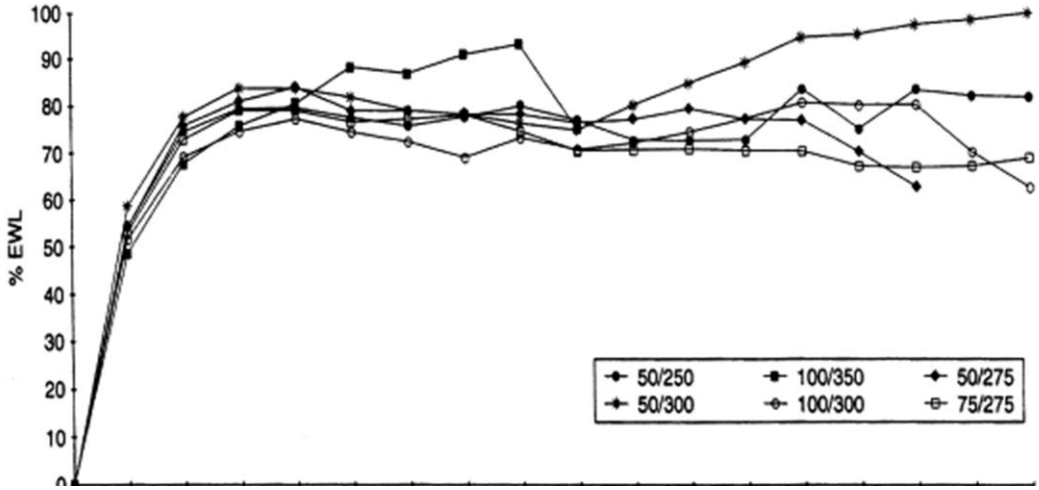
Il rischio relativo di mortalità è risultato significativamente più basso nel gruppo chirurgico, con una riduzione del 24,6% della mortalità totale a 10 anni.

Studi ancora più recenti hanno mostrato una riduzione dell'89% del rischio relativo di morte fra i pazienti chirurgici rispetto a pazienti obesi non sottoposti a trattamento chirurgico, con una significativa riduzione delle morti dovute a diabete, malattie coronariche e cancro.

9. Chirurgia bariatrica e malattie metaboliche

Il Diabete Mellito Tipo 2 (DMT2) rappresenta il 90-95% di tutti i casi di diabete e può essere paragonato, in termini epidemiologici, ad una malattia epidemica in espansione. Nel mondo si

Fig. 14 - Riduzione peso in eccesso dopo chirurgia dell'obesità



stima che la prevalenza della malattia sia destinata ad aumentare passando da 371 milioni di persone affette nel 2012 a 552 milioni di persone nel 2030, 90% dei quali affetti da DMT2, divenendo così, secondo l'OMS, la quarta causa di morte in Europa. Il DMT2 rappresenta anche un grosso capitolo di spesa nei sistemi sanitari, con particolare riferimento a quelli dei Paesi sviluppati, ove la malattia ha raggiunto proporzioni particolarmente elevate. In Francia, Italia, Spagna, Regno Unito e Germania la spesa totale per il diabete nel 2010 è stata stimata intorno ai 90 miliardi di euro, e l'*International Diabetes Federation* ha stimato che nel 2030 la spesa sanitaria mondiale per trattare e prevenire il diabete e le sue complicanze ammonterà ad almeno 654 miliardi di dollari internazionali. Tuttavia, le attuali terapie non rappresentano una vera e propria cura della malattia. Perciò il DMT2 deve essere considerato come una patologia lentamente progressiva.

In questo stato di cose si è inserita la forte evidenza scientifica della capacità di remissione della patologia (definita come un ritorno a valori normali di glicemia ed emoglobina glicosilata) a seguito di un intervento chirurgico bariatrico. Anche se rimane da chiarire l'esatto meccanismo molecolare, questi risultati indicano la possibilità che la chirurgia bariatrica sia in grado di ovviare i meccanismi di disfunzione intestinale responsabili dell'anormale omeostasi glicemica. Questa ipotesi rappresenta un nuovo paradigma che definisce il DMT2 come una malattia intestinale potenzialmente risolvibile dalla chirurgia bariatrica.

La prevenzione attraverso la chirurgia è stato uno dei temi centrali del "Primo Congresso Nazionale della Chirurgia Italiana" (a cui aderiscono 19 Società scientifiche), tenutosi a Roma dal 23 al 27 settembre 2012, con la partecipazione di 4.000 esperti. "Un recente studio italo-americano - sostiene il Prof. Marcello Lucchese, allora presidente SICOB - ha dimostrato come l'83% di obesi sottoposti a bypass gastrico e il 95% di quelli che hanno subito una diversione biliopancreatica sia riuscito ad ottenere una remissione completa del diabete di tipo 2. I numeri lasciano sbalorditi: gli interventi di chirurgia dell'obesità curano il diabete nell'80-100% dei casi", e sottolinea il Prof. Nicola Basso: "Questo significa non prendere più farmaci per il diabete già da pochi giorni dopo l'intervento e prevenire tutte le complicanze della malattia che spaziano dalla cecità, all'insufficienza renale, all'infarto fino all'amputazione di un arto".

Altri due importanti contributi sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine*. Nel primo, a firma tutta italiana (Mingrone G. et al., 2012) è stata comparata la terapia medica convenzionale con il trattamento chirurgico. Dopo due anni nessuno dei pazienti trattati con terapia medica convenzionale è stato interessato dalla remissione del diabete tipo 2, mentre nel 75% dei pazienti operati di bypass gastrico e nel 95% di quelli operati di diversione biliopancreatica la remissione è stata totale. Inoltre, i pazienti dei due gruppi chirurgici hanno ottenuto una riduzione di peso significativamente maggiore e sono state riscontrate differenze significative tra i tre gruppi nel livello di colesterolo totale, colesterolo LDL, HDL e trigliceridi. Infine, gli antipertensivi sono stati ridotti o interrotti nel 70% dei pazienti trattati con terapia medica, nell'80% dei pazienti sottoposti a bypass e nell'85% di quelli sottoposti a diversione.

Il secondo (Schauer et al., 2012) è uno studio comparativo tra tre gruppi di pazienti obesi diabetici, il primo trattato con sola terapia medica intensiva, il secondo associando alla terapia medica l'intervento di bypass gastrico, il terzo associando alla terapia medica l'intervento di *sleeve gastrectomy*: nei 12 mesi di follow-up si è riscontrato che la riduzione nella prevalenza della sindrome metabolica è stata nettamente

maggiore tra i pazienti operati rispetto a quelli sottoposti alla sola terapia medica.

Una recente meta-analisi, che ha raccolto i dati di quattro studi che valutavano esclusivamente i pazienti con DMT2, ha osservato che il rischio relativo della remissione del DMT2 è di 22 volte maggiore dopo l'intervento chirurgico rispetto al trattamento non chirurgico (dieta, farmaci anti-obesità o terapia comportamentale) (Gloy et al., 2013).

Non sappiamo bene il perché, ma probabilmente con l'intervento si interferisce non tanto sulla funzione di assorbimento quanto sulla componente endocrina dell'intestino. Sono tuttavia necessari ulteriori studi clinici, randomizzati e controllati, e soprattutto con un follow-up adeguato per durata e completezza, al fine di stabilire se la risoluzione del diabete rappresenti una semplice remissione o addirittura la cura della malattia, ovvero se gli effetti sul diabete siano conseguenti al ridotto introito calorico/perdita di peso oppure ad un effetto intrinseco dell'intervento bariatrico.

10. La chirurgia bariatrica in Italia

Attualmente, in Italia si stima che su quasi 5 milioni di obesi siano circa 1.500.000 i pazienti "elegibili" ovvero coloro che potrebbero giovarsi del notevole e duraturo calo ponderale indotto dalla chirurgia (BMI >40 oppure >35 con gravi patologie correlate), con notevole riduzione della morbilità e della mortalità proprie dell'obesità e delle malattie correlate (fig. 15).

A fronte di un potenziale così elevato, risultavano effettuati in Italia nel 2011, in totale, 7.214 operazioni di chirurgia bariatrica: 4.093 al nord, 1.983 al centro e solo un migliaio (880 e 258 rispettivamente) al sud e nelle isole.

Nel 2015, invece, su un totale di più di 160 centri di chirurgia bariatrica, risulta che siano stati effettuati un totale di circa 14.000 interventi, ovvero l'1% sul totale dei pazienti elegibili.

Le regioni più impegnate sul fronte dell'obesità sono: la Lombardia, il Lazio, l'Emilia Romagna, il Veneto e la Toscana, regioni dove si concentra quasi l'80% dell'assistenza sanitaria (fig. 16).

I dati epidemiologici nazionali attestano, invece, come siano proprio gli abitanti del Mezzogiorno gli italiani più gravemente in sovrappeso. "Solo un intervento su 7 è stato svolto in regioni meridionali nel 2011" - sottolinea il Prof. Luigi Angrisani, presidente *senior* della *International Federation For The Surgery Of Obesity And Metabolic Disorders* (IFSO).

In effetti, in una macroregione che conta oltre 20 milioni di abitanti, solo a Napoli sono presenti 4-5 centri attivi, più qualche altra struttura operante in Sicilia. Per il resto del Meridione non esiste una rete organizzata ed efficiente.

Un numero di interventi annui così basso rispetto al potenziale è da ricondurre a vari fattori:

- in parte ad una *consapevolezza ancora piuttosto bassa* tra le persone patologicamente obese circa la propria condizione e le possibilità di cura attraverso l'opzione chirurgica; *scarsa sensibilità al problema*, non considerato come una malattia, ed oggetto di attenzione solo per le comorbilità ad essa associate; il paziente obeso si trovava costretto ad interfacciarsi con una molteplicità di differenti specialisti, ognuno dei quali responsabile di una piccola parte del trattamento; un ruolo cruciale in questo senso è rivestito dal medico di medicina generale, prima interfaccia del paziente e responsabile del

Fig. 15 – Pazienti elegibili *(Fonte: Ministero della Salute, 2008)*

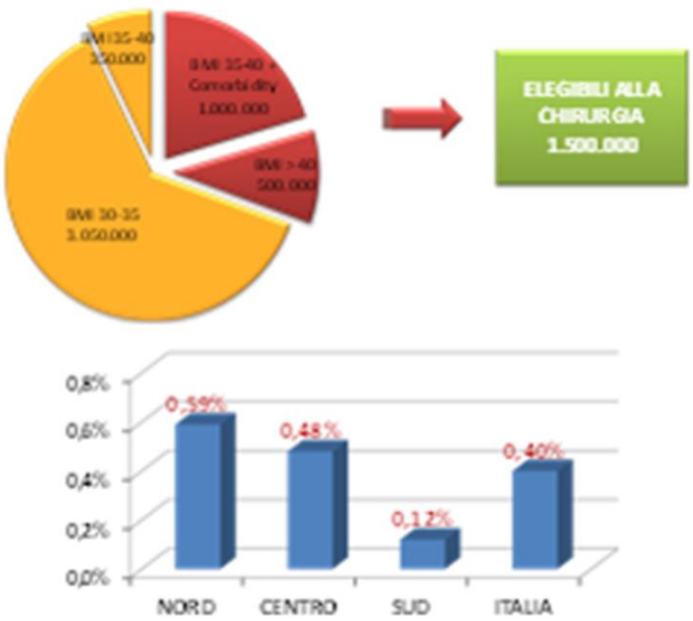
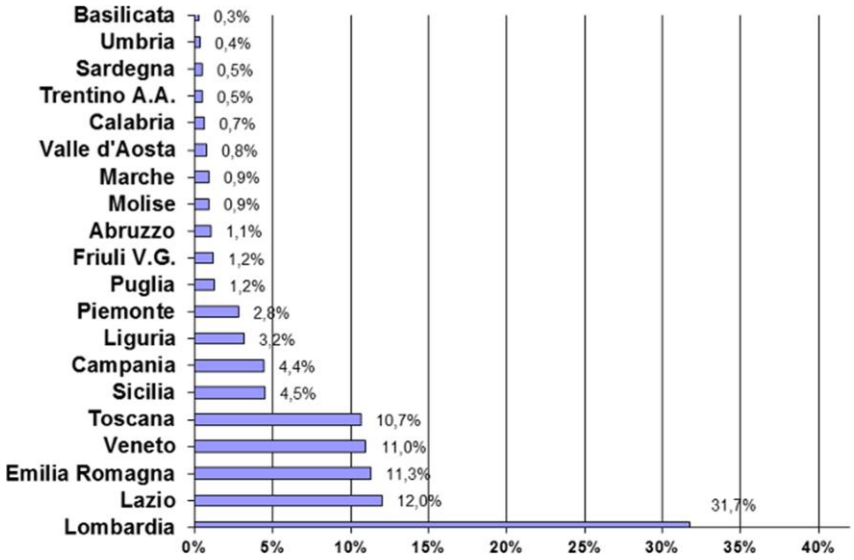


Fig. 16 - Distribuzione percentuale degli interventi chirurgici per obesità effettuati nel 2008 per regione *(Fonte: Ministero della Salute, 2008)*



corretto avvio al percorso, che però non sempre sono opportunamente informati sulle possibilità terapeutiche di questa scelta e, dunque, non indirizzano i pazienti quantomeno verso un consulto di questo tipo;

- presenza di *lunghe liste di attesa*, spesso della durata di anni, presso i centri per la diagnosi e il trattamento dell'obesità, sicuramente una delle principali cause del problema; nelle regioni del centro-sud come Lazio e Campania, nelle quali la chirurgia bariatrica ha avuto negli anni un discreto sviluppo, si registrano tempi d'attesa per l'intervento molto lunghi; nel Lazio 1-2 anni, a seconda della struttura (CEIS Tor Vergata su Obesità); lo scenario si aggrava ulteriormente se si considera che spesso tali liste sono per lo più popolate da pazienti pronti per intervento, che hanno già completato le indagini pre-operatorie, e che, proprio perché candidati all'intervento, sono frequentemente pazienti affetti da numerose comorbilità, e quindi ad alto rischio; molti di essi sono diabetici, ipertesi, affetti da apnee notturne e necessitano di terapia intensiva postoperatoria e questo significa un ulteriore allungamento dei tempi di attesa;

- *inadeguatezza delle strutture e dell'offerta* di prestazioni di chirurgia bariatrica rispetto alla domanda; non esiste un trattamento terapeutico ideale per qualsiasi tipo di paziente e questo comporta la necessità di centri dedicati e strutturati e di una équipe medica adeguata, competente e in grado di rispondere alle necessità dei pazienti; l'attuale offerta di cure si caratterizza per una scarsa presenza di centri specializzati per la diagnosi e il trattamento dell'obesità; l'offerta attuale, inadeguata per dimensioni e caratteristiche, oltre ad alimentare le lunghe liste di attesa, non consente di rispondere in maniera adeguata ai bisogni e alle necessità di salute della popolazione, generando un senso di smarrimento nei pazienti, che non trovano nel proprio territorio un punto di riferimento cui affidarsi; ciò è ancora una volta particolarmente vero nelle regioni del centro-sud, nelle quali il numero di interventi è minimo, nonostante proprio in queste regioni si concentri il maggior numero di obesi patologici; la mancata risposta ai bisogni di salute, spinge i cittadini delle regioni meridionali ad emigrare fuori regione; tra le regioni più attrattive vi sono la Lombardia, il Veneto e il Lazio.

DRG (7) e rimborsi

La letteratura ha evidenziato come il paziente obeso sia un paziente estremamente complesso, che per tale motivo genera un notevole consumo di risorse.

Nel considerare il percorso del paziente con obesità patologica, non si può prescindere, come si è visto, da quello che è il momento chirurgico. L'attuale classificazione prevede un unico DRG per gli interventi di chirurgia bariatrica, cioè il DRG 288: "Interventi per obesità".

Al riguardo è opportuno ricordare che:

- l'attuale classificazione prevede un unico DRG per l'obesità, remunerando allo stesso modo tutte le tipologie di intervento;

- non è prevista alcuna distinzione tra casi con complicanze e senza complicanze;

- l'attuale tariffa associata al DRG 288 è caratterizzata da una notevole variabilità tra le diverse regioni e in molte di queste ha un importo non adeguato a coprire tutti i costi dell'intervento.

Per gli interventi eseguiti su pazienti in mobilità attiva, la tariffa per il DRG 288 del tariffario ministeriale (8) ex TUC (Tariffa Unica Convenzionale) è pari ad € 4.093,38 (9) per singolo episodio di ricovero, quando associato alle procedure:

44.31 bypass gastrico alto;

44.95 procedura laparoscopica di restrizione gastrica (bendaggio);

44.99 altri interventi sullo stomaco (sleeve).

Altro DRG applicabile, in presenza di specifici quadri clinici, è il DRG 292 ("Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC"). Il tariffario unico ministeriale in questo caso è pari a € 7.959,00.

11. La rete assistenziale, modello "Hub & Spoke"

L'obesità è una patologia dell'organismo, cronica, evolutiva e recidivante, strettamente connessa al vissuto del paziente sia per quanto riguarda le abitudini di vita e alimentari, sia per quanto riguarda la sfera emozionale e psicologica. Tale complessità rende fondamentale un approccio multidisciplinare integrato, un gruppo che eroghi prestazioni di alta qualità ponendo al centro del percorso clinico-assistenziale i bisogni del paziente.

In Italia il concetto di "assistenza dedicata" ai pazienti con grande obesità presso centri specializzati e organizzati in rete non è mai stato oggetto di provvedimenti legislativi nazionali e regionali, ma è stato piuttosto solo un documento di indirizzo in alcune regioni per la definizione del percorso assistenziale di quella tipologia di soggetti.

Il modello "Hub & Spoke", promosso per la gestione di patologie ad andamento cronico di particolare impegno sanitario ed economico, prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (*hub*) e l'invio dei pazienti ai centri periferici (*spoke*) per la prosecuzione/integrazione del percorso terapeutico/riabilitativo. La rete che si viene a creare assicura una coordinata azione di intervento, garantendo al paziente un'assistenza ottimale nella struttura più adeguata in termini di appropriatezza clinico/organizzativa.

La SICOB, nelle sue Linee Guida (2008), distingue per la rete dei Centri Interdisciplinari: Centri di 1° livello e Centri di riferimento, questi ultimi a carattere regionale. Essa raccomanda che la terapia chirurgica dell'obesità grave sia effettuata solo in Centri che possano garantire la presenza effettiva di una équipe interdisciplinare dedicata che abbia competenze culturali e tecniche specifiche, tali da poter farsi carico di tutte le fasi terapeutiche: selezione dei pazienti, scelta dell'intervento, fase preoperatoria, assistenza postoperatoria, gestione delle eventuali complicanze, follow-up con controlli periodici "a vita", una offerta chirurgica completa dei diversi interventi ed un volume di attività non inferiori ai 40 interventi/anno per i Centri di 1° livello e di 80 interventi/anno per i Centri di riferimento.

I Centri, inoltre, dovrebbero poter garantire un'assistenza continua, fornendo ai propri pazienti operati rapide e semplici modalità di accesso per consulenze urgenti, soprattutto se vengono effettuati interventi che possano avere complicanze.

Il reparto dovrebbe essere poi attrezzato con sedie, servizi igienici, barelle e letti antidecubito dedicati alla chirurgia dell'obesità, con adeguate caratteristiche di resistenza alle sollecitazioni di pesi eccessivi e con dispositivi elettrici e/o meccanici di sollevamento del paziente. Dovrebbe inoltre disporre di tutte le apparecchiature atte a garantire il corretto inquadramento e la corretta assistenza del grande obeso.

La sala operatoria, inoltre, dovrebbe potersi avvalere di alcuni presidi indispensabili per far fronte a specifiche necessità di trattamento dei pazienti obesi:

- letto operatorio in grado di sostenere un peso >200 kg e consentire basculamenti ed inclinazioni accentuate (sino a 25-30° lateralmente e almeno 30° in anti-Trendelemburg);
- materasso antidecubito per prevenire la rabdomiolisi (rottura delle cellule del muscolo scheletrico) causata dalla prolungata compressione muscolare;
- fibroscopio per permettere un'intubazione difficile;
- strumentario laparoscopico dedicato;
- insufflatore laparoscopico adeguato (in grado di mantenere alti volumi);
- gambali a pressione intermittente per la prevenzione della TVP (Trombosi Venosa Profonda).

Deve inoltre essere possibile l'invio dei pazienti nel post-operatorio in unità di terapia intensiva o sub intensiva attrezzate con letti e strumentazioni adeguate.

In Lombardia l'Ospedale Ponte San Pietro con l'équipe del Dr. Alessandro Giovanelli e l'Istituto Clinico Sant'Ambrogio, entrambi del Gruppo San Donato, rappresentano in questo momento una delle eccellenze a livello nazionale in termini di volumi procedurali e di appropriatezza chirurgica e costituiscono le uniche strutture Hub presenti in Italia con diversi centri Spoke sparsi sul territorio nazionale. Presso l'Istituto Sant'Amborgio ha inoltre sede l'Istituto Nazionale per la Chirurgia dell'Obesità (INCO) inaugurato il 25 ottobre 2011, un centro di riferimento nazionale per la diagnosi e la cura del trattamento multidisciplinare dell'obesità.

Il team multidisciplinare

Il soggetto obeso si presenta spesso in ambulatorio stremato da anni di difficoltà, umiliazio-

ni e tentativi terapeutici non congrui, che lo hanno fiaccato nel fisico e nel morale: ha bisogno dunque di essere accompagnato, nel suo percorso di cura, con un supporto che associ l'aspetto clinico a quello umano.

L'intervento multidisciplinare può consentire al paziente di comprendere le cause del suo problema e di mettere in atto nella vita di tutti i giorni i comportamenti idonei a raggiungere gli obiettivi prefissati, gestendo al meglio i vantaggi offerti dalla chirurgia e riducendo al minimo le potenziali complicanze.

Gli aspetti vincenti di questo tipo di trattamento sono indubbiamente:

1) una visione integrata del paziente, in quanto tutte le patologie associate sono correlate alla persona;

2) l'interazione delle diverse competenze: ogni specialista conosce in profondità le problematiche all'interno di un approccio "olistico";

3) l'utilizzo di uno stesso linguaggio: il paziente riceve dei messaggi coerenti;

4) la sincronia nella scelta del metodo: la collegialità della decisione al trattamento garantiscono l'appropriatezza;

5) la gestione delle problematiche interne al gruppo di lavoro con ottimizzazione dei tempi di risposta al paziente.

Gli obiettivi che il team multidisciplinare si pone sono:

1) la prevenzione dell'obesità;

2) la determinazione delle cause dell'obesità attraverso la valutazione clinico-strumentale e la diagnosi con identificazione delle problematiche e delle condizioni morbose associate;

3) la riduzione dell'eccesso ponderale attraverso il percorso dietetico-comportamentale, farmacologico e chirurgico al fine di modificare lo stile di vita e migliorarne la qualità;

4) la diminuzione dei fattori di rischio correlati;

5) il mantenimento a lungo termine del peso raggiunto;

6) la rigorosa valutazione multidisciplinare del paziente candidato alla chirurgia bariatrica e la selezione *ad personam* del tipo di intervento da effettuare.

Ciascuno degli specialisti ha un preciso ruolo ed accompagna il paziente in ogni fase del suo lungo percorso di cura. Il gruppo prevede la presenza delle seguenti figure:

- nutrizionista/dietologo;
- medico internista/endocrinologo;
- psicologo/psichiatra;
- chirurgo bariatrico.

Nel dettaglio, il ruolo di ogni specialista:

- il *dietologo o il nutrizionista*, attraverso un colloquio, ricostruisce la storia del peso nelle diverse fasi della vita e dell'alimentazione pregressa e attuale ed effettua, inoltre, una valutazione sulle abitudini alimentari; gestisce le modifiche del comportamento alimentare e dello stile di vita quotidiano, finalizzate all'organizzazione di un regime dietetico qualitativamente vario e quantitativamente controllato e all'incremento della attività fisica; lungo il percorso avrà la gestione della restrizione attraverso la dieta e/o gli aggiustamenti necessari dopo i singoli interventi di chirurgia bariatrica;
- l'*endocrinologo*, attraverso un colloquio ed altri esami, effettua le analisi per escludere ipotiroidismo, ipercotisolemia, sindrome da Cousching che possono precludere l'intervento e, lungo il percorso, analizza e controlla i principali parametri endocrini;
- lo *psichiatra o lo psicologo*, attraverso dei colloqui clinici integrati dalla somministrazione di appositi test psicometrici, fa una anamnesi psicologica pregressa ed attuale e ricostruisce la "storia del peso", delle diete, dei trattamenti precedenti e dei motivi del loro fallimento; la storia del comportamento alimentare con l'identificazione di eventuali comportamenti disfunzionali (disturbo da alimentazione incontrollata, sindrome dell'alimentazione notturna, ecc.) e dei loro fattori di mantenimento; identifica inoltre aspetti comportamentali ed emotivi relativi all'intervento chirurgico: aderenza, aspettative, informazioni, motivazione. Il suo ruolo, lungo il percorso, è di sostegno e rinforzo motivazionale e, inoltre, supporta il paziente nel prendere coscienza del proprio cambiamento fisico e nella gestione di una nuova immagine corporea;
- il *chirurgo bariatrico*, a seguito del confronto con gli specialisti del team, valuta le motivazioni e le aspettative del paziente, discute rischi e benefici dei diversi tipi di intervento e sceglie il trattamento chirurgico più adatto. Una errata valutazione preoperatoria con una sbagliata indicazione del tipo di intervento e il mancato follow-up sono alla base del fallimento della perdita di peso.

All'occorrenza, a queste figure professionali, cui spetta la gestione del paziente obeso, possono essere coinvolte, tramite apposita consulenza, le seguenti figure professionali: pneumologo; endoscopista; cardiologo; ortopedico; fisiatra.

L'importanza di ottimizzare la performance del team multidisciplinare ha portato recentemente alla nascita - che al momento ha luogo quasi unicamente in Lombardia e Veneto - di una nuovissima figura, identificabile come un infermiere dedicato, cioè il cosiddetto *patient manager*, quale nuova figura chiave di riferimento che ha la responsabilità di pianificare l'iter diagnostico, accompagnando il paziente in tutte

le fasi del percorso clinico e il *case manager* un infermiere dedicato a tutti gli aspetti clinici del paziente bariatrico.

Al termine di ogni visita il team multidisciplinare prende collegialmente una decisione circa il percorso terapeutico di ciascun paziente, selezionando quelli da avviare potenzialmente a chirurgia bariatrica. Un fattore rilevante da considerare nel prendere una decisione terapeutica può essere sicuramente l'indice di massa corporea. Tuttavia, è indubbio che la sola misura del BMI non consente di identificare l'effettiva composizione corporea del soggetto e la distribuzione della massa grassa. La diagnosi stabilita con il BMI andrebbe quindi integrata con la misura della circonferenza vita, che fornisce un indice della distribuzione del grasso corporeo e delle possibili complicanze associate. Vi sono infatti i dati di studi prospettici che dimostrano come la circonferenza vita si associ a un aumento del rischio relativo di incorrere in eventi cardiovascolari.

Il team chirurgico è infine composto dalle seguenti figure: chirurgo; aiuto; anestesista; strumentista; infermiere.

L'efficacia dei vari interventi non va però misurata solo in termini di perdita ponderale: sempre di più, infatti, la valutazione del reale successo o meno di un intervento di chirurgia bariatrica dovrà tenere conto anche di altri fattori: mortalità, complicanze perioperatorie e a distanza, miglioramento delle comorbilità associate. Ma soprattutto la chirurgia bariatrica dovrà essere valutata in termini di miglioramento della qualità della vita.

Fra i vari strumenti e questionari proposti e adottati per misurare la qualità della vita, molto diffuso è il BAROS (*Bariatric Analysis and report Outcome System*), che analizza globalmente i risultati nelle aree di maggior interesse: perdita di peso, modificazioni nelle condizioni mediche associate e qualità di vita (*Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire*: attività fisica, vita sociale, lavoro, attività sessuale). Il BAROS, inoltre, tiene conto delle complicanze o dei reinterventi per la valutazione finale del risultato (10).

Il trattamento dell'obesità patologica, proprio alla luce di queste valutazioni, non può non considerare anche gli interventi di chirurgia plastica post-bariatrica.

I centri di eccellenza di bariatrica dovrebbero, pertanto, includere, durante le visite preoperatorie del loro team multidisciplinare, anche il chirurgo plastico, al fine di preparare opportunamente il paziente e discutere le possibilità di correzione degli esiti inevitabili di un intervento bariatrico, in primo luogo l'abnorme eccesso di pelle.

12. La chirurgia plastica post-bariatrica

L'affinarsi delle tecniche laparoscopiche ed anestesiologiche, nonché il ben documentato miglioramento in termini di salute, hanno facilitato la diffusione della chirurgia bariatrica, considerata ormai "gold standard" nella cura dell'obesità patologica (*morbid obesity*).

Tuttavia, ogni intervento chirurgico per la terapia dell'obesità grave o patologica, determinando una perdita massiva e controllata di peso corporeo, comporta quasi sempre l'insorgenza di un eccesso cutaneo lasso e ridondante, che causa gravi limitazioni fisiche e disagi psicologici importanti.

Al termine del programma di dimagrimento e al raggiungimento di un peso verosimilmente stabile, infatti, al paziente spesso restano delle pliche cutanee abnormi che non solo costituiscono un impedimento alla normale deambulazione, ma sono anche una fonte di infezioni micotiche e batteriche non trascurabili.

Questi pazienti inizialmente si mostrano entusiasti nel vedere la rapida perdita di peso, i miglioramenti nella cura del diabete e dell'ipertensione e la diminuzione del dolore alle giunture. Sfortunatamente, però, la loro pelle non si contrae con la perdita di volume e, al raggiungimento della perdita di peso attesa, sperimentano un ammasso di cute che ha perso elasticità, tanto da afflosciarsi, e che risulta estremamente ingombrante nella vita di ogni giorno. È come se portassero vestiti tre taglie più grandi: la pelle non sta più dentro a un corpo più piccolo.

Queste deformità non possono essere modificate con esercizi, diete o creme. L'unica possibilità è data dalla chirurgia plastica post-bariatrica o *body contouring*, la quale mira ad eliminare questi problemi e le difficoltà posturali e meccaniche.

Gli interventi più frequenti sono:
- addominoplastica;
- brachioplastica (braccia);
- lifting cosce (con eventuale liposuzione);
- lifting superiore e inferiore della schiena.

A questi si aggiungono: la mastoplastica riduttiva o addittiva, la ginecomastia (riduzione delle mammelle maschili), la mastopessi (lifting del seno) ed il lifting dei glutei. Questi interventi sono rivolti a rimuovere il grasso in eccesso, nonché a riempire eventuali aree svuotate, come il seno e le natiche.

Importante è non procedere prima che sia stato raggiunto il peso necessario (50% EWL *Extra Weight Loss*) (11) e che quest'ultimo venga mantenuto stabile per almeno sei mesi: generalmente questo stadio si raggiunge 18-24 mesi

dopo gli interventi di chirurgia bariatrica. Una chirurgia plastica fatta prima del tempo può portare, infatti, ad un risultato temporaneo che richiederà ulteriori interventi; mediamente, il numero di interventi si attesta a quattro.

Siamo ancora agli inizi della messa a punto di tecniche di chirurgia plastica da utilizzare dopo una massiccia perdita di peso. Si tratta di un ramo relativamente recente nel campo della chirurgia plastico-ricostruttiva, chiamato ad affrontare problematiche molto complesse.

Di fatto, il ruolo della chirurgia plastica post-bariatrica è ancora sottostimato dagli specialisti. La maggior parte dei chirurghi bariatrici non crede che il successo della loro chirurgia dipenda dal fatto che i pazienti si sottoporranno o meno alle procedure plastiche, considerate, normalmente, come una aggiunta estetica all'intervento bariatrico (Van der Beek et al., 2010).

In uno studio condotto nel 2009 da Warner et al. si è dimostrato che solo il 54% dei chirurghi bariatrici informa i pazienti sulle potenziali conseguenze funzionali e morfologiche della massiccia perdita di peso e solo una minoranza li indirizza a un chirurgo plastico.

Ciò si può spiegare col fatto che i chirurghi bariatrici vedono di capitale importanza il miglioramento della salute rispetto a qualsiasi problema di rilassamento cutaneo.

Sebbene alcuni effetti siano indubbiamente estetici, la chirurgia plastica può senz'altro avere un ruolo di forte impatto nel benessere fisico e psicologico, per un significativo miglioramento nella qualità di vita e nelle abilità funzionali (Borud, Warren, 2006).

Dunque, l'obiettivo della chirurgia post-bariatrica è quello di ottimizzare i risultati ottenuti dalla chirurgia bariatrica rimuovendo chirurgicamente l'eccesso di cute.

Se, da un lato, molte pubblicazioni riconoscono che la chirurgia bariatrica (principalmente il bypass gastrico) è legata al miglioramento della qualità di vita soprattutto in relazione alla riduzione, insieme al peso, della comorbilità e della mortalità a breve e lungo termine, dall'altro lato esiste poca letteratura sulla frequenza con la quale i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica subiscono interventi di chirurgia plastica o sulle motivazioni che li spingono a cercare questo tipo di interventi (Mitchell et al., 2008). Inoltre, esistono ancora pochi dati sugli effetti degli interventi plastici a lungo termine.

Importanti studi sono stati condotti da Kitzinger et al. (2011/*a*; 2011/*b*) presso la Divisione di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Università di Vienna. Basandosi sull'utilizzo di un "Questionario di Soddisfazione Post-Bariatrico", sono state analizzate le risposte sul grado di soddisfazione della propria immagine, della qualità di vita e delle aspettative legate alla chirurgia plastica di 252 pazienti (di cui l'80,6% costituito da donne) sottoposti a bypass gastrico tra il 2003 e il 2009, in un unico centro a Vienna con un follow-up di almeno un anno.

Da questi studi emerge che, in contrasto con un iniziale giudizio positivo relativo alla perdita massiva di peso, più del 95,6% dei pazienti si è dimostrato insoddisfatto per l'eccesso di pelle. Essi dichiarano, infatti, di soffrire di pelle ridondante e cadente con piaghe dolorose (dovute alle continue frizioni), rash cutanei, dermatiti e pruriti in aree come l'addome (27%), il petto (13%) e le cosce (12%). Questo surplus di pelle limita le loro attività quotidiane, dà problemi igienici, è un impedimento nell'attività fisica, nel fare sport e nel trovare indumenti adeguati (soprattutto per le donne) e può indurre, nonostante la considerevole perdita di peso, a severi problemi psicosociali per la mancanza di fiducia in se stessi. Questi disordini della pelle impattano, dunque, non solo sul grado di soddisfazione ma anche su aspetti funzionali e psicologici (Song et al., 2006).

Pur essendo stati in parte informati preventivamente sulla probabilità di sviluppare un eccesso di pelle, i pazienti assistono con sorpresa agli effetti del forte dimagrimento.

Essi non sono generalmente preparati alle conseguenze della perdita di peso ed hanno grandi aspettative di miglioramento. Questo eccesso di pelle viene considerato come una conseguenza negativa della chirurgia bariatrica, tanto che, osserva Kitzinger, una piccola percentuale (5% delle donne e 4% degli uomini) afferma perfino che avrebbe preferito non operarsi.

Questa delusione, più forte se la perdita di peso è maggiore (Kinzl et al., 2003), spinge ben il 74% dei pazienti a rivolgersi alla chirurgia plastica, in particolare nelle zone dell'addome e del petto. Tuttavia, ad un anno di distanza dalla chirurgia bariatrica, solo il 21% si sottopone ad almeno un intervento, con una maggiore percentuale di donne (25%).

C'è dunque molta disparità tra il numero di pazienti che dichiarano di desiderare questa chirurgia e quelli che in effetti la ricevono. La stessa osservazione la troviamo in altri due studi del 2008 degli americani Mitchell et al. e Gusenoff et al., secondo i quali essa è legata al fatto che la chirurgia plastica post-bariatrica negli USA non è coperta dalle assicurazioni e la maggior parte dei pazienti non se la può permettere. Tuttavia, osserva Kitzinger, la stessa tendenza la ritroviamo in Austria, nonostante la

chirurgia plastica sia coperta dal servizio pubblico. Altri motivi potrebbero essere associati, a suo dire, a timori circa eventuali complicazioni chirurgiche e/o a livelli di informazione carenti.

La chirurgia post-bariatrica è un terreno ancora giovane e potenzialmente in espansione - pur se al momento solo una minoranza vi si sottopone - e costituisce una componente vitale dell'approccio multidisciplinare alla cura del paziente obeso. Tutto questo può contribuire all'*outcome* funzionale ed estetico totale e al grado di soddisfazione del paziente.

Esistono ancora pochi dati circa l'effetto della chirurgia plastica o *body contouring* sulla qualità della vita a breve e a lungo termine.

Nell'agosto 2012 è stato pubblicato un interessante studio prospettico condotto presso il Dipartimento di Chirurgia Plastico-Ricostruttiva ed Estetica dall'Università di Ginevra (Modarressi et al., 2012). In esso, attraverso l'uso di un altro questionario (il "Moorehead-Ardelt Questionnaire"), si è cercato di analizzare l'impatto che l'eccesso di pelle dopo bypass gastrico ha sulla qualità di vita, ovvero l'*health-related quality of life* (HRQoL). Nello studio sono stati messi a confronto i seguenti gruppi di pazienti: da una parte, quelli operati di chirurgia plastica (n. 98), con prevalenza di addominoplastica, mammoplastica e brachioplastica, prima e dopo l'intervento/gli interventi (almeno 6 mesi dopo); e dall'altra i pazienti operati con chirurgia plastica e quelli sottoposti al solo bypass gastrico (n. 102).

Dal confronto appaiono evidenti l'importanza della chirurgia plastica ed il suo impatto sulla qualità di vita dopo bypass gastrico.

Sebbene la perdita di peso post-bariatrico abbia portato ad un miglioramento generale, l'autostima e la soddisfazione di sé restano di fatto bassi, in particolare nelle donne, il che spiega perché siano queste ultime a ricercare maggiormente l'intervento plastico rispetto agli uomini, sebbene l'obesità sia prevalentemente maschile (maggior peso e maggior circonferenza addominale) (Sarwer et al., 1998). Lo studio dimostra come la fiducia in se stessi sia migliorata nettamente: l'85% dei pazienti sottoposti a chirurgia plastica valuta la propria autostima "molto meglio", contro il 48% di quelli sottoposti alla sola chirurgia bariatrica. Per i primi, la priorità è il miglioramento dell'aspetto fisico, la stima e la fiducia in se stessi, più che la perdita di peso e la correzione delle comorbilità connesse.

Questo studio dimostra anche che, malgrado le importanti e inevitabili cicatrici conseguenti all'intervento plastico, si verifica un netto miglioramento della qualità della vita ed un alto grado di soddisfazione del paziente.

La chirurgia plastica non permette, tuttavia, di raggiungere una perfetta silhouette, perciò i pazienti vanno informati sugli inevitabili effetti estetici. In un articolo del 2002, Rhomberg et al. rileva come il giudizio dei pazienti sia molto meno positivo di quello del loro chirurgo plastico, il che evidenzia come essi non siano preparati ad affrontare le conseguenze delle forti perdite di peso che possono portare all'impoverimento della qualità della vita e al forte rischio di recuperare peso.

In un interessante studio di Zuelzer e Baugh del 2007, si evidenzia che i cambiamenti nell'aspetto fisico e le riduzioni delle funzionalità legati agli interventi di chirurgia bariatrica possono anche impedire una ulteriore riduzione di peso o addirittura portare ad un recupero di peso. Anche in questo caso il miglioramento dello stato psicosociale apportato dalla chirurgia plastica può incoraggiare il paziente a mantenere il peso stabile nel tempo e a prevenire quell'aumento di peso del 10-15% osservato nel lungo periodo dopo chirurgia bariatrica (Sjostrom et al., 2004).

I pazienti fanno spesso riferimento al forte impatto delle loro aspettative: frequentemente esse sono basate su storie di successo su internet e finiscono per non essere realistiche. In effetti, le aspettative sono in genere molto alte ed è quindi fondamentale preparare correttamente i pazienti, non solo con l'aiuto psicologico ma anche con quello del chirurgo plastico. È necessario soprattutto far capire loro che il miglioramento di una parte del corpo non significa, necessariamente, un miglioramento di tutto il corpo (Song et al., 2006).

Il ruolo del chirurgo plastico

Sebbene le deformità estetiche e funzionali siano un risultato atteso della perdita di peso, il ruolo del chirurgo plastico è ancora poco definito e sottostimato dai colleghi e dagli stessi pazienti. Eppure, per un efficace approccio multidisciplinare al paziente obeso, il suo contributo è fondamentale, in vista di sostenere il recupero di abilità essenziali e ottenere risultati soddisfacenti e duraturi, stabili nel tempo.

I pazienti si rivolgono al chirurgo plastico perché non contenti del loro aspetto e dei problemi funzionali, e del resto, come già visto, l'eccesso di grasso e pelle può ostacolare future perdite di peso e persino contribuire ad aumentarlo.

In un interessante articolo di Datta et al. (2006), gli autori sottolineano come, oltre a migliorare l'aspetto estetico, la chirurgia plastica risulti assai benefica per la salute generale del paziente. Essa offre, infatti, molte prospettive di

riabilitazione morfofunzionale, sociale e benefici psicologici che dovrebbero essere trasmessi al paziente per non sprecare i risultati ottenuti con la chirurgia bariatrica e per aumentare la motivazione nella terapia post-bariatrica. Vi sono molte patologie che possono migliorare con la chirurgia plastica, come i dolori muscolo-scheletrici, la cattiva postura, i problemi respiratori (gigantismo mammario che pesa su collo e spalle), l'incontinenza (con l'addominoplastica). La chirurgia cura inoltre i disordini della pelle come irritazioni cutanee e riduce il rischio di super-infezioni. I benefici psicologici riguardano i disordini associati all'obesità, come la depressione, l'insoddisfazione e la preoccupazione per il proprio aspetto, senso di imbarazzo e inadeguatezza, nonché la mancanza di interazione sociale. La chirurgia plastica porta ad un aumento dell'autostima, della fiducia in se stessi, dell'attività sociale e a migliori relazioni sociali e con il partner, sollievo della depressione e dell'ansia, maggiore stabilità emozionale.

13. La chirurgia plastica post-bariatrica in Italia

La SICOB, nelle sue Linee Guida (2008), circa la necessità di interventi di chirurgia plastica post-bariatrica, segnala alle Istituzioni: "… la assoluta carenza di strutture pubbliche dedicate a questa vasta problematica ed auspica la creazione di almeno una Unità Operativa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva in ogni Regione, che sia parte integrante e caratterizzante di un Centro di Riferimento per la terapia chirurgica interdisciplinare dell'obesità grave e della superobesità".

In effetti, benché negli ultimi anni siano aumentati gli interventi di rimodellamento del profilo corporeo, con il conseguimento di vantaggi funzionali, positivi cambiamenti estetici ed incoraggianti mutamenti psichici, al momento solo alcune strutture, ubicate quasi tutte nel centro-nord d'Italia, offrono la possibilità di effettuare interventi di chirurgia plastica post-bariatrica.

Si calcola che in Italia il 45% delle strutture con chirurgia bariatrica non abbia una Unità Operativa di Chirurgia Plastica; nel 50% delle strutture, invece, pur esistendo una Unità di Chirurgia Plastica, il chirurgo plastico di norma preferisce non eseguire interventi post-bariatrici perché molto complessi e poco attrattivi. Nel 3% delle strutture, infine, è il chirurgo bariatrico ad occuparsi in parte anche della parte ricostruttiva. In queste realtà si sta iniziando a delineare all'interno dell'Unità di Chirurgia Bariatrica la nascita di una équipe più ridotta, a cui viene affidata la fase di rimodellamento.

Dunque, manca un vero percorso integrato che veda la chirurgia plastica ricostruttiva come parte di un trattamento completo della cura della grande obesità. Degno di nota è quanto sta accadendo in Lombardia presso l'Istituto Humanitas Gavazzeni e la Clinica Castelli di Bergamo e in alcune strutture del Gruppo San Donato (Istituto di Cura Città di Pavia, Policlinico S. Marco di Zingonia), dove invece si sta cercando di inserire la chirurgia plastica all'interno di un percorso di cura multidisciplinare del paziente obeso.

DRG e rimborsi

Grazie all'Accordo Stato-Regioni del novembre 2001, gli interventi di chirurgia plastica funzionale sono coperti dal SSN. Essi consistono nell'asportazione di masse cutaneo-adipose superficiali, eseguita in anestesia generale, e prevedono una degenza di pochi giorni in regime di ricovero ordinario.

Attualmente, gli interventi di chirurgia plastica post-bariatrica mantengono l'utilizzo del codice V51 (*Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*), con conseguente attribuzione al DRG 268 (*Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella*).

In due regioni, il Lazio e la Lombardia, in ragione della complessità dell'intervento e dell'impegno assistenziale nella degenza postoperatoria, si è iniziato ad attribuire per alcuni tipi di intervento plastico la diagnosi principale al codice 278.1 (*Adiposità localizzata*) e, quindi, al DRG 288 (*Interventi per obesità*). Gli interventi in questione sono i seguenti: addominoplastica (quale intervento più frequente), lifting delle cosce e lifting della schiena (DRG Regione Lombardia: Diagnosi Principale v51 - DRG 268, remunerazione: 1.958 euro; Diagnosi Principale 278.1 - DRG 288, remunerazione: 5.681 euro).

Se questo tipo di approccio si rivelerà sostenibile, il modello potrà essere proposto ad altre strutture sul territorio nazionale.

14. Considerazioni economiche

L'assenza di studi di valutazione economica dell'impatto dell'obesità in Italia rende molto difficile stimare il costo della gestione chirurgica della patologia nel nostro paese. Tuttavia, dalla recente revisione della letteratura eseguita dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa è emerso che il costo sociale annuo di un obeso è pari a circa 1.700 euro (1.400 per costi sanitari, associati, ad esempio, alla gestione delle comorbilità, e

300 euro per costi sociali). Pertanto, considerando che l'incidenza dell'obesità in Italia è del 10,3%, l'impatto economico del fenomeno sarebbe pari a 8,8 miliardi (di cui quasi 7,3 miliardi di costi sanitari).

Sulla base di quanto sopra espresso, in Lombardia, dove la percentuale di obesità si attesta, secondo i dati ISTAT 2010, sul 10,1% della popolazione di età superiore a 18 anni, l'impatto economico sarebbe pari a circa 1,4 miliardi di euro all'anno (di cui circa 1,1 miliardi solo per costi sanitari).

Alle valutazioni sopra condotte occorre associare i vantaggi che la chirurgia offre in termini di riduzione delle comorbilità (come le malattie cardiovascolari o il diabete tipo 2), associate, a loro volta, ad una minore ricaduta economica, a maggiori prospettive di vita e al notevole miglioramento di qualità della stessa, con conseguente notevole riduzione dei costi (peraltro al momento non quantificabili) per la Sanità nel medio-lungo periodo. A titolo esemplificativo, si può rilevare che, in considerazione delle numerose complicanze croniche dell'obesità, il costo del trattamento farmacologico di un paziente obeso e diabetico non operato pesa sul SSN dieci volte di più rispetto al costo del follow-up di un paziente obeso operato (12).

Altro aspetto non secondario da considerare è la notevole riduzione dei costi indiretti, resa possibile dal pieno recupero dei pazienti e dal loro ritorno, nella maggior parte dei casi, ad una normale attività lavorativa, sociale e di relazione (Turchetti, 2009).

Conclusioni

In Italia, l'offerta di chirurgia bariatrica è ancora inadeguata rispetto alla domanda (13), nonostante sia stata oggetto di un notevole sviluppo negli ultimi anni grazie anche ai risultati ottenuti in termini di perdita di peso e di miglioramento della salute. Dei 160 centri dove viene effettuata chirurgia bariatrica, meno di 30 sono provvisti di un team multidiscliplinare più o meno completo. Di conseguenza, la chirurgia plastica, come parte integrante del percorso multidisciplinare di cura del paziente obeso è, nel nostro paese, poco conosciuta e presente solo in alcune strutture, e i dati finora disponibili circa la reale domanda e gli effetti a lungo termine degli interventi di chirurgia plastica sono pochi e scarsamente significativi.

Come evidenziato dalla letteratura oggi disponibile, la chirurgia plastica post bariatrica, inserita nel percorso multidisciplinare "assistito" di perdita progressiva di peso e di riabilitazione, costituisce un elemento importante del percorso riabilitativo del paziente ed una forte motivazione non solo per migliorare la *compliance* alla terapia, seguendo la giusta dieta, mantenendo stabile il peso nel tempo ed accrescendo così il suo grado di soddisfazione, ma anche e soprattutto per il reinserimento sociale dell'individuo ex obeso.

Fondamentali, a tal proposito, sono i benefici che la chirurgia plastica ha sullo stress psicologico e sulle innumerevoli problematiche funzionali (sistema osteo-muscolare, urinario, patologie dermatologiche, disfunzioni sessuali, problemi respiratori). Una volta raggiunto il peso voluto, l'immagine che i pazienti hanno di se stessi è spesso inaccettabile per via dell'eccesso cutaneo e molti si percepiscono esteticamente peggiorati per via di questa pelle ridondante, che li fa apparire come una borsa vuota. La pelle rimanente è come un ricordo della loro passata esistenza di obesi. Il rischio quindi di riprendere peso è molto alto, e le procedure plastiche possono essere ancora una volta di aiuto. Con periodici follow-up, si può educare il paziente ai rischi e ai benefici della chirurgia e a prevenire le false attese (14).

La riduzione degli eventi avversi legati alla chirurgia per obesità trova fondamento non solo in un'adeguata selezione e nell'educazione dei pazienti, ma anche in un'accurata e personalizzata terapia medica successiva all'intervento. Occorre spiegare loro che l'evento chirurgico non è altro che un punto di partenza per un percorso virtuoso di dimagrimento e che solo con questo approccio sarà possibile mantenere a lungo termine la riduzione di peso ottenuta. Pertanto, anche le procedure di follow-up, incluse le metodiche educative volte a modificare lo stile di vita, a correggere le abitudini alimentari e comportamentali (aumento dell'attività fisica), debbono essere ugualmente eseguite nel tempo e da uno staff ben equipaggiato che lavori in sinergia per poter accompagnare il paziente obeso in un cammino che rimane comunque lungo e difficile.

In definitiva, si può affermare che i pazienti obesi non sono pazienti come tutti gli altri. Ognuno di essi porta con sé una storia complessa che ne fa dei casi unici. Tale complessità - proprio per la molteplicità degli aspetti ad essa associati - non può, in ogni caso, prescindere dall'accurata messa a punto di una organizzazione e gestione multidisciplinare di tutte le attività connesse, condizione imprescindibile per ottimizzare il processo di cura e le eventuali ricadute anche in termini economici.

Ringraziamenti

L'Autrice ringrazia, per la supervisione alla stesura del project work su cui si basa questo lavoro, il Prof. Fabrizio Gianfrate e il team dell'EMPHA (Executive Master in Healthcare & Pharmaceutical Administration) della LUISS Business School.

Note

(1) Nel "Rapporto sulla salute in Europa" del 2002, l'ufficio regionale Europeo dell'OMS definiva l'obesità come una "Epidemia estesa a tutta la Regione".

(2) ISTAT (2010): Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana".

(3) Questo è quanto affermato nel Report del WHO Global Report World Health Organization (2005): "Preventing chronic disease: a vital investment", Ginevra, *Obesity and overweight.*

(4) Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione (in G.U. 30 maggio 1998, n. 124).

(5) Nello specifico, si tratta di farmaci anoressizzanti, ovvero farmaci che, inibendo la sensazione di fame o favorendo la sazietà, sono in grado di ridurre il consumo di cibo.

(6) In campo medico, per "comorbilità" o "comorbidità" si intende la coesistenza di due (o più) patologie diverse in uno stesso individuo.

(7) DRG: "Diagnosis-related groups".

(8) Adozione tariffario ministeriale, D.M. 18 ottobre 2012 "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" (in G.U. 28 gennaio 2013, n. 23, s.o. 8).

(9) Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, approvato il 9 maggio 2012 dalla Commissione Salute - pag. 87, TUC.

(10) Un criterio più severo di valutazione è quello di Reinhold, attualmente poco impiegato. La sua valutazione è l'unica che, anziché tenere conto del punto di partenza, scarsamente rilevante soprattutto per il paziente, tiene conto del punto di arrivo. Tale classificazione si basa non sull'entità del sovrappeso perso ma esprime il successo o l'insuccesso in base al risultato finale, ovvero proprio in relazione al sovrappeso residuo. Un sovrappeso inferiore al 50% corrisponde, approssimativamente, ad un BMI inferiore a 35 kg/m^2.

(11) Secondo la SICOB, un criterio di valutazione di successo per calcolare la perdita ponderale dovrebbe adottare il cosiddetto "Excess Weight Loss" in percentuale (%EWL). Un criterio di successo è considerato un EWL almeno del 50%.

(12) Prof. Nicola Basso, già presidente SICOB, "Primo congresso nazionale della Chirurgia Italiana", Roma 24-27 settembre 2012.

(13) Il Prof. Marcello Lucchese afferma che "… solo l'1% dei grandi obesi che potrebbe farlo si rivolge alla chirurgia bariatrica".

(14) Modarressi, nel suo articolo (2012), suggerisce ai chirurghi plastici di fornire materiale cartaceo elettronico o video da integrare al percorso multidisciplinare pre-intervento con bypass gastrico.

Bibliografia consultata

American Medical Association House of Delegates (2013): *Recognition of Obesity as a Disease*, Vol. Res.: 420 (A-13).

Buchwald et al. (2007): Trends in Mortality in Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis, *Surgery*.

Buchwald H., Oien D.M. (2013): Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011, *Obes Surg*, 23(4): 427-36.

Chang et al. (2014): The Effectiveness and Risks of Bariatric Surgery An Updated Systematic Review and Meta-analysis, 2003-2012, *Jama Surg*, 149(3): 275-87.

Datta G. et al. (2006): The Plastic Surgeon in the Treatment of Obesity, *Obes Surg,* 16: 5-11.

Fry J., Finley W. (2005): The Prevalence and Costs of Obesity in the EU, *Proc Nutr Soc*, 64(3): 359-62.

Gloy V.L. et al. (2013): Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *BMJ*, 347: f5934.

Gusenoff J.A. et al. (2008): Patterns of plastic surgical use after gastric bypass: who can afford it and who will return for more, *Plast Reconstr Surg*, 122: 951-8.

ISTAT (2013): Rapporto Annuale 2012 "La situazione del paese".

Kinzl et al. (2003): Psychological consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity, *Obes Surg,* 13: 105-10.

Kitzinger H.B. et al. (2011/*a*): The Prevalence of Body Contouring Surgery After Gastric Bypass Surgery, *Obes Surg,* 22: 8-12.

Kitzinger HB, et al. (2011/*b*): After massive weight loss: patients' expectations of body contouring surgery, *Obes Surg*, 22: 544-548.

Livingston E.H. (2004): Procedure, incidence and complication rates of bariatric surgery in the United States, *Am J Surg*, 188: 105-10.

Maggard-Gibbons (2013): Bariatric Surgery for Weight Loss and Glycemic Control in Nonmorbidly Obese Adults With Diabetes: A Systematic Review, *Jama Surg*, 309(21): 2250-61.

Mechanick et al. (2013): Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient - 2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, *Endocr Pract*.

Mingrone G. et al. (2012): Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes, *N Engl J Med*, 366: 1577-1585.

Ministero della Salute (2008): DRG in regime ordinario anno 2008: "Interventi per l'obesità".

Ministero della salute (2011): Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito, *Quaderni del Ministero della salute*, 10.

Mitchell J.E. et al. (2008): The desire for body contouring surgery after bariatric surgery, *Obes Surg,* 18(10): 1308-12.

Modarressi A. et al. (2012): Plastic Surgery After Gastric Bypass Improves Long-Term Quality of Life, *Obes Surg*, 23(1): 24-30.

Nguyen N.T. et al. (2011): Trends in use of bariatric surgery, 2003-2008, *J Am Coll Surg*.

NIH Conference (1991): Gastrointestinal surgery for obesity. Consensus Development Conference Panel, *Ann Intern Med,* 115: 956-61.

OMS (2002): *Rapporto sulla salute in Europa*.

OECD (2012): Rapporto OCSE *Obesity Update 2012*, disponibile su http://www.oecd.org.

Rapporto Osservasalute (2011): *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, Policlinico A. Gemelli di Roma.

Rhomberg M., Piza-Katzer H. (2002): Plastic reconstructive operations after weight loss through gastric banding, *Chirurg*, 73: 918-923.

Sarwer D.B. et al. (1998): Assesment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance, *J Consult Clin Psychol,* 66: 651-4.

Schauer P.R. et al. (2012): Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes, *N Engl J Med*, 366: 1567-1576.

SICOB (2008): *Linee Guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia*.

Sjostrom L. et al. (2004): Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery., *N Engl J Med,* 351(26): 2683-93.

Sjöström L. et al. (2007): Effects of Bariatric Surgery on mortality in Swedish Obese Subjects, *N Engl J Med.*

Sjostrom L. et al. (2009): Swedish Obese Subjects (SOS) Study, *Lancet Oncol,* 10(7): 653-62.

Song A.Y. et al. (2006): Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients, *Obesity (Silver Spring)*, 14: 1626-36.

Turchetti G. (2009): *Review sul costo sociale dell'obesità*, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Van der Beek E.S. et al. (2010): The impact of reconstructive procedures following bariatric surgery on patient well-being and quality of life, *Obes Surg*, 20: 36-41.

Warner J.P. et al. (2009): National bariatric surgery and massive weight loss body contouring survey, *Plast Reconstr Surg*, 124(3): 926-33.

Withrow D., Alter D.A. (2011): The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity, *Obes Rev*, 12(2): 131-41.

Zhao Y., Encinosa W. (2007): Bariatric surgery utilization and outcomes in 1998 and 2004, *AHRQ*.

Zuelzer H.B., Baugh N.G. (2007): Bariatric and body-contouring surgery: a continuum of care for excess and lax skin, *Plast Surg Nurs*, 27: 3-13. quiz 4-5.

Bibliografia di consultazione

Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ "Complications and Costs for Obesity Surgery Declining" Press Release, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/news/press/pr2009/barsurgpr.htm.

American Medical Association House of Delegates (2013): *Recognition of Obesity as a Disease*, Vol. Res.: 420 (A-13).

Anselmino et al. (2009): Cost-effectiveness and Budget Impact of Obesity Surgery in Patients with Type 2 Diabetes in Three European Countries (II), *Obes Surg*.

Borud L.J., Warren A.G. (2005): Body contouring in the postbariatric surgery patient, *J Am Coll Surg*, 203: 82-93.

Bruschi S. et al. (2009): Limb contouring after massive weight loss: functional rather than aesthetic improvement, *Obes Surg*.

Buchwald H. et al. (2004): Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis, *Jama Surg*.

Christou N.V. et al. (2004): Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients, *Ann Surg*, 240(3): 416-424.

Colwell A.S. (2010): Current concepts in postbariatric body contouring, *Obes Surg*.

Fontaine K.R. et al. (2003): Years of life lost due to obesity, *Jama Surg*.

Livingston E.H. (2010): The incidence of bariatric surgery has plateaued in the U.S., *Am J Surg*.

Mathus-Vliegen E.M.H. et al. (2007): Health-related quality of life after gastric banding, *Br J Surg*.

OECD (2010): Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, http://www.oecd.org.

Pecori L. et al. (2007): Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and body contouring, *Obes Surg*.

Ribaric et al. (2013): Diabetes and Weight in Comparative Studies of Bariatric Surgery vs Conventional Medical Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Obes Surg*.

Sarwer D.B. et al. (2010): Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery, *Surg Obes Relat Dis*.

Sjöström et al. (2013): Review of the Key Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) Trial - A Prospective Controlled Intervention Study of Bariatric Surgery, *J Intern Med*.

Van der Beek E.S.J. et al. (2012): Quality of life long-term after body contouring surgery following bariatric surgery: Sustained improvement after 7 years, *Plast Reconstr Surg*, 130: 1133-1139.

www.asmbs.org (1998): "Rationale for the surgical treatment of morbid obesity" (Online).

Zuelzer H.B., Baugh N.G. (2007): Bariatric and body-contouring surgery: a continuum of care for excess and lax skin, *Plast Surg Nurs*.

NORME PER GLI AUTORI

Organizzazione Sanitaria pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori. I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane, con inclusa una copia delle valutazioni dei Revisori. Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

L'Autore riceverà i codici per accedere on line alle Riviste edite dalla FRG Editore validi per un anno dalla pubblicazione dell'articolo.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

1. *la prima pagina* deve contenere:
   a) titolo (in italiano e inglese)
   b) nome e cognome dell'Autore/i
   c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
   d) parole chiave (non più di 5) (in italiano e inglese)
   e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; fax; e-mail;
2. *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole (in italiano e inglese);
3. *testo*, suddiviso in:
   a) introduzione
   b) materiali e metodi
   c) risultati
   d) conclusioni;
4. *ringraziamenti* (eventuali);
5. *bibliografia*, limitata alle voci essenziali. I riferimenti devono venire identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al.". Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2009a, 2009b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono I., Bova D. (2001): I livelli essenziali di assistenza e i fondi sanitari e sociosanitari volontari, fiscalmente agevolati, *Organizzazione Sanitaria*, XXIV, 3-4: 22-33, Edizioni SECuP, Roma.
- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.
- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli;

6. *tabelle/figure*, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1);
7. *acronimi e riferimenti legislativi*. Si utilizzino le formule più semplici: in maiuscolo la sola lettera iniziale, seguita dalle altre senza punteggiatura. Ad esempio: Ssn, Psn, Asl, Ao, Drg, Rod, Fsn. Si indichino le lettere iniziali minuscole delle parole che li compongono. Ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 229/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

LISTINO ABBONAMENTI 2016

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Copia fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XL - trimestrale)	1827-9724	120,00	30,00	18,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti)	-	85,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXIII - mensile 11 fascicoli)	1970-9374	180,00	20,00	18,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)		125,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO	-	235,00	-	-
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti)		155,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (consultazione on line) (Vol. XXVI)	1970-9722	225,70	-	-

Modalità di pagamento e fatturazione:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (**IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94**) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail **info@frgeditore.it** o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere.
Entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verrà comunicata la user e la password che consentono l'accesso on line alle Riviste acquistate.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale o partita iva contestualmente al pagamento.

Per ulteriori informazioni sugli abbonamenti e per la verifica dei fascicoli pubblicati visitate il sito **www.frgeditore.it**