



MODELLI/ Analisi Adoi-Cergas Bocconi su posti letto, impatto organizzativo, prospettive

# Dermatologi, direzione futuro

Regioni in ordine sparso sulle strategie in corsia - Disciplina in rilancio

DI ANTONIO CRISTAURO \*  
FEDERICO LEGA \*\*  
E MARCO SARTIRANA \*\*

**R**iguadagnare la leadership scientifica sulle malattie complesse della pelle, integrarsi con le altre specialità, ricomporre la frammentazione territorio-ospedale e rivalorizzare la disciplina agli occhi dei pazienti.

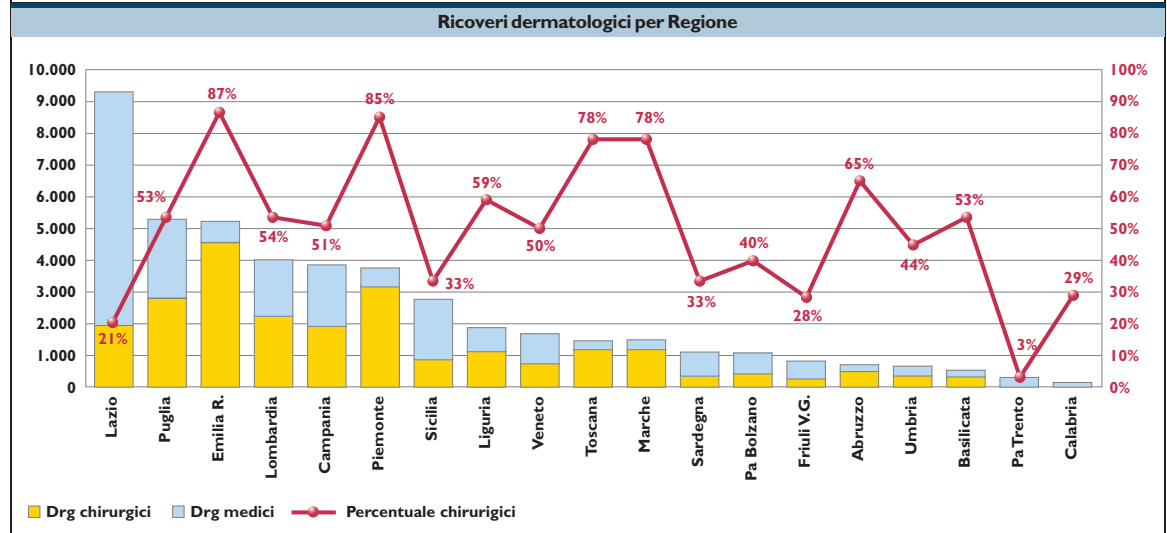
Sono questi i messaggi che emergono dalla ricerca "Il posizionamento strategico e organizzativo dei dermatologi ospedalieri" presentata nei giorni scorsi al **56mo convegno Adoi**. Il lavoro curato dal Cergas Bocconi si è sviluppato attraverso uno studio multi-metodo, con l'analisi dei volumi di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, casi aziendali, interviste a direttori generali e sanitari e alle associazioni di pazienti.

La ricerca ha offerto una fotografia della dermatologia ospedaliera mettendo in evidenza il valore e le specificità della disciplina, le opportunità per il futuro e alcuni punti critici.

La casistica è in aumento. Molti farmaci innovativi sono in arrivo, diversi centri hanno maturato importanti competenze chirurgiche e i nuovi modelli organizzativi degli ospedali offrono ai dermatologi l'opportunità per diventare leader di patologia nelle equipe multidisciplinari.

Allo stesso tempo, in alcuni casi, i dermatologi non sono riusciti a presidiare con la dovuta continuità l'attività ospedaliera specialistica lasciando vuoti che sono stati occupati da altre specialità, l'integrazione con l'assistenza territoriale va sviluppata e

Posti letto dermatologici						
Regione	PI 2010	PI 2011	PI 2012	PI 2013	PI 2014	PI 2014 per mln ab.
Abruzzo	20	20	18	13	7	5,3
Basilicata	2	2	2	2	2	3,5
Calabria	47	41	31	13	3	1,5
Campania	88	81	80	58	56	9,7
Emilia R.	77	82	75	58	56	12,8
Friuli V.G.	46	39	29	29	29	23,7
Lazio	309	293	305	231	137	24,7
Liguria	44	43	35	27	27	17,3
Lombardia	117	119	75	70	67	6,8
Marche	15	15	14	14	16	10,4
Molise	1	-	-	-	-	0,0
Piemonte	69	52	50	46	43	9,8
Pa Bolzano	25	25	25	25	25	49,1
Pa Trento	16	12	10	8	7	13,2
Puglia	130	130	97	79	73	18,0
Sardegna	44	44	33	26	26	15,8
Sicilia	100	92	71	58	55	11,0
Toscana	87	72	57	57	44	11,9
Umbria	15	14	13	13	1	11,3
Veneto	49	49	44	46	50	10,2
<b>Totale</b>	<b>1.301</b>	<b>1.225</b>	<b>1.064</b>	<b>873</b>	<b>733</b>	<b>12,3</b>



servono percorsi e reti cliniche che garantiscano la presa in carico del paziente.

**Posti letto e bacini di utenza.** La ricerca ha quindi rilevato come a livello nazio-

nale la dotazione complessiva di posti letto, pari a 12,3 per milione di abitanti, sia pienamente in linea con i bacini di utenza previsti dal decreto ministeriale 70/2015

per le strutture complesse di dermatologia (ogni 600mila-1,2 milioni di abitanti), grazie a una riduzione molto importante avvenuta negli ultimi (-44% nel qua-

driennio 2010-2014).

In tale dato di sintesi confluiscono i diversi modelli di cui si sono dotate le diverse regioni, con meno di cinque posti letto per milione di abi-

tanti in Calabria o Basilicata, e oltre 20 posti letto per milione di abitanti in Lazio, Friuli Venezia Giulia e Provincia di Bolzano.

Il dettaglio dei ricoveri per

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA UNIVERSITÀ CATTOLICA

## Influenza, dai vaccini vantaggi fiscali per 450 mln

DI ERNESTO DIFFIDENTI

**P**er ogni euro investito in vaccini in età adulta se ne recuperano in media 2 in termini di gettito fiscale e 16 in termini di maggiore produttività sul lavoro. In sostanza ogni euro investito nella vaccinazione ne rende 18 per il sistema economico nazionale.

È quanto emerge dal primo studio "Adulti Vaccinati", che adotta l'approccio del fiscal impact in Italia realizzato dall'Alta Scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. «Questi risultati - commenta Matteo Ruggeri, responsabile dell'area valutazioni economiche ed Hta di Altems e docente di Economia sanitaria presso l'Università Cattolica - sono stati generati grazie allo sviluppo di un modello che ci permette di stimare gli effetti di diverse

politiche vaccinali (come l'estensione della vaccinazione negli adulti) non solo in termini di minori spese per il Ssn per via della riduzione delle complicanze associate all'insorgenza delle malattie, ma anche in termini di minori spese per la previdenza sociale e maggiore produttività del lavoro che genera effetti sul ciclo economico e maggiore gettito fiscale per il bilancio dello stato».

Insomma le vaccinazioni, oltre a essere uno strumento fondamentale di prevenzione delle malattie infettive, producono importanti risultati anche per l'impatto che hanno dal punto di vista economico e fiscale che possono essere dettagliatamente valutati.

Solo per la vaccinazione antin-

fluenza, tra giornate di lavoro che non vengono perse e minore spesa previdenziale, si generano vantaggi per 500 euro a persona nell'arco dell'anno. Se si riuscisse a "convincere" 900mila adulti in età lavorativa in più a vaccinarsi (rispetto ai circa 2 milioni di italiani che attualmente si vaccinano in età adulta) il sistema economico guadagnerebbe ben 450 milioni di euro ogni anno. «I numeri - sottolinea il rapporto - sono ancora più eclatanti per i vaccini anti-pneumococci e per l'herpes zoster i cui effetti, diversamente da quanto accade per il vaccino antinfluenzale, si ripercuotono per molti anni dopo l'inoculazione: per ogni euro investito nella vaccinazione anti-pneumococcica l'impatto economico è pari a 19,5 volte l'in-

vestimento: per l'herpes zoster si arriva a 21,5 volte».

La prevenzione e le vaccinazioni, ricorda il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, «sono state al centro della recente azione politica del ministero della Salute con il lancio del nuovo Piano nazionale della prevenzione vaccinale e l'introduzione della profilassi obbligatoria per i minori in età scolare».

L'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dal canto suo, ha catturato tutte le conseguenze economiche dell'investimento in salute effettuato attraverso le vaccinazioni con particolare riferimento agli adulti in età lavorativa. «Quelli che abbiamo ricavato sono numeri impressionan-

ti, che ancora una volta confermano il vecchio adagio che è meglio prevenire che curare - afferma Amerigo Cicchetti, direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore che ha guidato il gruppo di lavoro - e questo anche sotto il profilo economico oltre che per quello della salute delle persone. Ancora una volta le spese per le vaccinazioni, nel caso di adulti in età lavorativa, non garantiscono solo un beneficio individuale e collettivo in termini di salute, ma aiutano il sistema economico in quanto riducono le spese previdenziali e permettono anche l'incremento del gettito fiscale grazie alla maggiore crescita economica indotta dalla maggiore produttività dei lavoratori stessi».

**Le cinque strategie per uno sviluppo sostenibile della dermatologia ospedaliera**

**Sviluppo di equipe multidisciplinari con dermatologo leader di patologia**

• I dermatologi sono chiamati a diventare i leader scientifici per alcune patologie distintive di natura sistemica che richiedono la collaborazione di diverse discipline. Il dermatologo può ricoprire il ruolo coordinatore del percorso del paziente, e svolgere o coordinare il follow up in ospedale o sul territorio

**Potenziamento dell'attività territoriale**

• È necessario sviluppare un'organizzazione a rete della dermatologia su diversi siti di offerta (ospedale, poliambulatori, case della salute, ecc.) a cui si deve accompagnare il progressivo trasferimento dell'attività ambulatoriale di I livello dall'ospedale al territorio. Sarà inoltre importante investire ulteriormente nell'attività di screening (ad esempio melanomi) e recuperare un ruolo attivo della dermatologia nella prevenzione e nella promozione della salute pubblica

**Dermatologia ospedaliera organizzata per livelli di complessità**

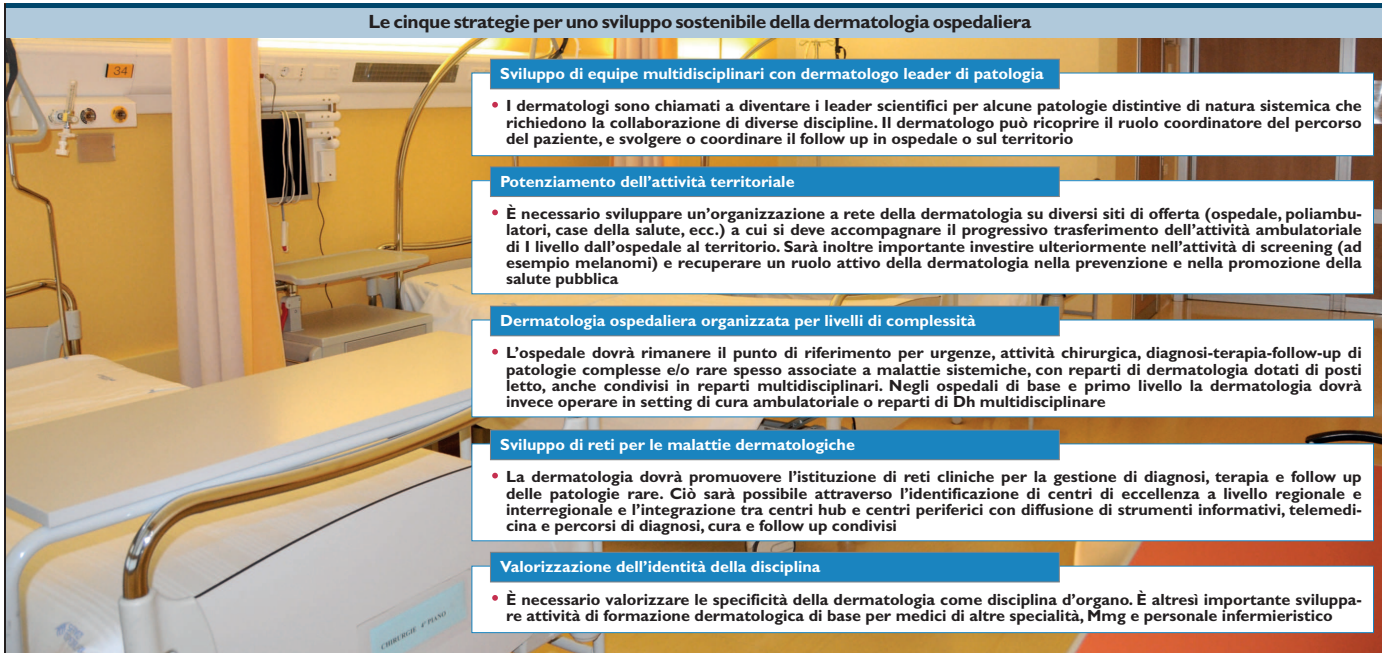
• L'ospedale dovrà rimanere il punto di riferimento per urgenze, attività chirurgica, diagnosi-terapia-follow-up di patologie complesse e/o rare spesso associate a malattie sistemiche, con reparti di dermatologia dotati di posti letto, anche condivisi in reparti multidisciplinari. Negli ospedali di base e primo livello la dermatologia dovrà invece operare in setting di cura ambulatoriale o reparti di Dh multidisciplinare

**Sviluppo di reti per le malattie dermatologiche**

• La dermatologia dovrà promuovere l'istituzione di reti cliniche per la gestione di diagnosi, terapia e follow up delle patologie rare. Ciò sarà possibile attraverso l'identificazione di centri di eccellenza a livello regionale e interregionale e l'integrazione tra centri hub e centri periferici con diffusione di strumenti informativi, telemedicina e percorsi di diagnosi, cura e follow up condivisi

**Valorizzazione dell'identità della disciplina**

• È necessario valorizzare le specificità della dermatologia come disciplina d'organo. È altresì importante sviluppare attività di formazione dermatologica di base per medici di altre specialità, Mmg e personale infermieristico



**Tabella I**

**Punti di forza**

- Diffusione capillare della disciplina
- Presenza in ambito nazionale di diversi centri di eccellenza e progressivo sviluppo negli ultimi anni di competenze di dermochirurgia
- Costo-efficacia dell'attività dermatologica ospedaliera grazie a diagnosi precoci (la pelle è un organo in cui si manifestano patologie internistiche complesse) e attività operatoria a costo contenuto

**Aree di miglioramento**

- Orientamento prevalentemente ambulatoriale, e livelli di competenza non sempre adeguati su malattie complesse, con conseguente erosione di attività da parte di altre discipline
- Ridotta integrazione tra ospedale e territorio che genera intasamento liste di attesa

**Opportunità**

- Casistica in aumento (patologie dell'invecchiamento, malattie veneree, allergie, ecc.) e sviluppo dell'attività di prevenzione (screening, tossicità, comportamenti sessuali a rischio, ecc.)
- Attività dermatologica ospedaliera compatibile con i nuovi modelli organizzativi del Ssn, quali ad esempio gli ospedali per intensità di cure e reparti multidisciplinari, i Pdta, gli ambulatori a gestione infermieristica
- Innovazioni tecnologiche nell'ambito dei farmaci biologici, della genomica e della telemedicina
- Presenza di associazioni di pazienti e altre società scientifiche con cui collaborare nei rapporti con le istituzioni

quelli di chirurgie generali e plastiche. In area medica si evidenzia che da un lato la dermatologia mantiene un ruolo importante in alcune diagnosi (come la psoriasi, dermatiti, pemfigo e pemfigoide), mentre in alcuni casi ha perso nel tempo "quote di mercato" per diagnosi quali la sclerosi sistemica, le ulcere, o l'erisipela, a favore prevalentemente di reparti chirurgici, medicine interne e reumatologie.

**Dettaglio regionale.** La ricerca ha approfondito l'indagine analizzando i dati di produzione della specialista ambulatoriale. Non essendo disponibili data-base accessibili a livello nazionale l'analisi si è concentrata su tre regioni: Piemonte, Toscana e Puglia, con un trend leggermente negativo in due delle tre Regioni: -2% all'anno in Puglia e -4% all'anno in Piemonte.

Tale flessione potrebbe essere stata generata da una decisa riduzione delle prestazioni inadeguate. Tuttavia, come già anticipato, potrebbe anche essere spiegata dal-

l'aumento della spesa privata o da undertreatment. In questo caso sarebbe necessario modificare le decisioni regionali per recuperare qualità del servizio e equità di accesso alle cure.

**Iscritti Adoi sotto la lente.** Da ultimo, il focus sulla demografia degli iscritti Adoi mostra un'età media superiore alla - già elevata - media Ssn, con una conseguente piramide per età significativamente sbilanciata verso l'alto e una forte femminilizzazione. Il vincolo non è dato tanto dal numero di professionisti che terminano le scuole di specializzazione quanto dalla capacità del sistema di offrire opportunità di lavoro in ospedale.

L'analisi, che si è avvalsa anche di approfondimenti qualitativi che hanno consentito di analizzare le percezioni di alcuni stakeholder chiave della disciplina, quali i direttori generali, i direttori sanitari e le associazioni di pazienti, ha così permesso di mettere in luce i diversi punti di forza, le aree di miglio-

mento e le opportunità della disciplina (si veda tabella I).

Sulla base di questi elementi, sono state identificate cinque linee prioritarie di azione a medio-lungo periodo per la dermatologia (si veda box in pagina), per recuperare la centralità rispetto ai problemi complessi e con implicazioni chirurgiche attraverso la costruzione di reti ed equipe multidisciplinari guidate dal sapere specialistico del dermatologo.

Un percorso di sviluppo strategico, quello identificato per la dermatologia, che offre al Ssn una risposta chiara e un riferimento per le necessità di riconfigurazione che diverse specialità vivono in una fase di forte dinamismo tra consolidamenti organizzativi, nuove possibilità terapeutiche nell'alta specializzazione, rilevanti investimenti nel potenziare i servizi sul territorio.

\* presidente Adoi  
associazione Dermatologi  
ospedalieri italiani  
\*\* Cergas Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

regione ha evidenziato poi l'esistenza di diversi orientamenti strategici.

Se in alcune Regioni prevale una dermatologia di natura medica (ad esempio La-

zio e Sicilia), in altre prevale in misura importante la componente chirurgica (ad esempio Emilia Romagna, Piemonte e Toscana).

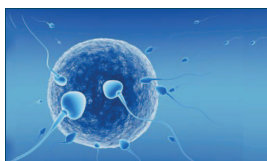
Tra i Drg di area chirurgi-

ca è interessante notare come per la maggior parte delle diagnosi, soprattutto per quelle di natura neoplastica, i volumi di produzione delle dermatologia siano allineati a

**SALUTE RIPRODUTTIVA**

**Serve un patto per una Pma "umanizzata"**

DI ANTONINO GUGLIELMINO \*



La Procreazione medicalmente assistita (Pma) sta attraversando in Italia un periodo di grandi cambiamenti.

La modifica sostanziale della legge 40/2004, oggi più rispettosa della sicurezza dei pazienti grazie alle sentenze della Corte costituzionale, e l'inserimento della Pma nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) hanno riconsegnato ai professionisti e operatori della riproduzione umana l'autonomia e la responsabilità nel decidere, in accordo con i pazienti, sulle terapie riproduttive più adeguate alle diverse situazioni cliniche.

Nel nostro Paese è ormai riconosciuta non solo la piena legittimità della Pma come metodo terapeutico per favorire il concepimento, ma addirittura è stato sancito il diritto della coppia di autodeterminarsi

nella libera scelta di avere una famiglia con figli anche utilizzando percorsi diagnostici e terapeutici propri della riproduzione assistita. Si è aperta insomma una nuova stagione, concreta e costruttiva, anche nei confronti di chi ha avuto pregiudizi verso la medicina e biologia della riproduzione. Emerge in quest'ottica la necessità di una profonda trasformazione che coinvolga la struttura organizzativa del settore e la relazione con le coppie.

La tutela della salute riproduttiva e la cura delle problematiche connesse devono garantire il massimo dell'adeguatezza delle cure e della sicurezza in modo omogeneo, costante e diffuso su tutto il territorio nazionale. Soprattutto in questi anni di alta denatalità, diventa dunque

socialmente necessario, e moralmente imperativo, aiutare le coppie che non vi riescono perché portatrici di un problema di sterilità. Bisogna garantire che il rapporto degli uomini, delle donne e delle coppie con il Sistema sanitario nazionale sia utile al fine di ottenere le informazioni per prevenire i fattori di rischio per la fertilità e, ove necessario, a curare la sterilità.

Di questa rivoluzione della Pma,

che è anche culturale, si fa promotrice la Società italiana di Riproduzione umana (Siru), che riunisce ginecologi, biologi, andrologi, genetisti, medici dei Consultori, psicologi, ostetriche, counselors, medici di medicina generale, infermieri: insomma tutte le professionalità necessarie alla medicina e biologia della riproduzione, per ottenere un trattamento di qualità ed efficacia nei risultati e, contemporaneamente, "umanizzato" nelle procedure e nella relazione tra il paziente e la struttura sanitaria. **Un patto per la salute riproduttiva** che è stato lanciato a Roma nei giorni scorsi, in occasione del primo Congresso Nazionale.

Serve una sinergia per promuovere una corretta informazione,

puntare sulla prevenzione, garantire tempestività nelle diagnosi e nelle cure per recuperare il tempo della fertilità.

Un confronto permanente tra Istituzioni sanitarie, associazioni professionali sanitarie, associazioni di pazienti sui temi più rilevanti dal punto di vista scientifico quali denatalità, rapporto a rischio tra riproduzione umana e ambiente, accesso alle cure per le tantissime coppie che in Europa hanno ormai raggiunto il numero di 25 milioni per porre insieme le basi per una procreazione medicalmente assistita dal volto nuovo, che noi definiamo appunto Pma "Umanizzata".

\* responsabile  
Centro Umr Hera Unità di medicina  
della riproduzione - Catania

© RIPRODUZIONE RISERVATA