

Gianluca Postiglione

Direttore Generale, Soresa

MODERATRICE: Cedo la parola a Gianluca Postiglione, Direttore Generale di Soresa. L'Assessore che è qui presente, mi ha già parlato tanto della virtuosità della sua azienda, soprattutto per gli appalti innovativi, per questo dialogo continuo e le piattaforme che riuscirete a – spero – costruire sempre con un cliente particolare che è chiaramente il paziente, è un soggetto fragile, quindi è importantissimo facilitare l'accesso, deve essere un accesso semplice, ma molto innovativo. Prego.

GIANLUCA POSTIGLIONE: Grazie molte, grazie per l'invito e per l'occasione di rappresentare quello che ci raccontava bene il dottor Graziano.

Faccio una piccola premessa, di mestiere Soresa è il soggetto aggregatore, quindi è la centrale d'acquisto regionale, per cui la mission fondamentale era, sottolineo era, quella di fare gli appalti nelle categorie merceologiche del DPCM, spending review e quant'altro. Sicuramente tanta Sanità, ma un approccio tradizionale all'acquisto teso ad ottimizzare un risparmio, garantendo uno standard qualitativo.

Come succede che Soresa diventa un soggetto che si occupa di transizione digitale e soprattutto sulla Sanità? Quando nel 2015 il conto della spesa tirava fuori 105 punti di LEA, e arriva il nuovo Governo regionale, si focalizza l'attenzione sull'esigenza imprescindibile, impellente e assolutamente prioritaria di restituire dignità ai pazienti, cittadini campani, di dignità stiamo parlando prima ancora che di accesso alle cure.

Ci iniziamo ad occupare dei flussi, sapete benissimo, perché parlo ad una platea di tecnici, che la prestazione sanitaria si compone di una parte che è la prestazione e di una parte che è la tempestività, l'adeguatezza dei tracciati standard che si trasmettono sui flussi NSIS.

Paradossalmente, le prime analisi che iniziamo a fare sui dati, poi mi soffermerò molto sull'importanza dei dati, mettono in evidenza che non c'era un problema di sottoprestazioni o, meglio, c'era un problema di sottoprestazioni molto minore di quello che i dati lasciavano intravedere, c'era un problema di errata codifica, di mancata o intempestiva trasmissione dei dati. Iniziamo, quindi, un percorso di riorganizzazione e reingegnerizzazione, non solo da un punto di vista tecnologico, infrastrutturale ed informativo dei dati dei flussi che poi alimentano la griglia LEA, ma soprattutto da un punto di vista di ripensare l'approccio. Quest'attività fa sì che già iniziamo a risalire la china, migliorando i conteggi LEA.

Vado alla fine del percorso perché sarebbe inutile e stucchevole raccontarvelo tutto, sappiamo che oggi la griglia LEA della Campania misura 167, a breve che lo certificherà il tavolo del Ministero Salute e Ministero Economie e Finanze non a caso, perché nel mentre analizzavamo dove e come sbagliavamo a comunicare quello che facevamo, abbiamo colto l'occasione per ripensare, questa volta rimettendo al centro il cittadino e in maniera nativamente digitale, il percorso di accesso alle cure da parte del cittadino. L'appetito vien mangiando, abbiamo proposto all'Amministrazione che ci ha immediatamente dato mandato pieno, sposando la nostra linea, di cambiare paradigma. Cambiare paradigma significa: a) approccio orientato al cittadino e non all'Ospedale, lo diceva bene prima la dottoressa, stiamo tentando, ma con fatti concreti, di passare da una Sanità ospedale centrica a una Sanità che ha come centro unità di misura non solo dei costi, ma proprio delle prestazioni, il cittadino. Per fare questo bisognava completamente stravolgere e riparametrare l'approccio alla misurazione dei dati, quindi passare da un approccio teso ad adempimento, il Ministero mi dà un tracciato record, devo adempiere a quel tracciato record senza entrare nel merito, ad un approccio che nel curare l'adempimento ricostruisce il percorso di accesso alle cure, lo disintermediava, lo rendeva fruibile, soprattutto utilizzando strumenti digitali come App Chatbot e soprattutto rendeva questo dato omogeneo.

L'ha detto bene, ancora una volta, il dottor Graziano, avevamo 17 Enti del Servizio Sanitario con 17 sistemi informativi di produzione, 17 sistemi amministrativo contabili differenti, oggi, in Campania,

Gianluca Postiglione

Direttore Generale, Soresa

abbiamo un unico sistema amministrativo contabile, un unico sistema informativo che cura il flusso di produzione e genera i flussi, non solo quelli obbligatori verso il Ministero, ma genera quello che alimenta il big data della Sanità campana, che si chiama "Sinfonia", che è – credo – un esempio unico in questo momento di big data sanitario accentrato, che quindi accoglie e raccoglie tutti i dati del cittadino, da quelli diagnostici, passando per quelli delle cartelle cliniche, passando per quelli del medico di Medicina Generale, passando per quelli delle prestazioni ospedaliere e quelli ambulatoriali, quindi delle prestazioni territoriali. Tutto questo coacervo di dati, non è una massa di dati messi lì in maniera random, ma ha delle organizzazioni che ragionano per anagrafiche.

Abbiamo un'anagrafica unica centralizzata che dialoga e espone dati verso NPR, quindi sostanzialmente mentre il Comune di Napoli è entrato in NPR, noi abbiamo la NPR regionale, la quale è nativamente compatibile e pensata con gli standard dettati da AGID e dal team per l'Italia Digitale per ANPR. Abbiamo un'anagrafica unica che significa scelta in revoca in tempo reale e, da ieri è andato in produzione, per il primo giorno, l'A.S.L. Napoli 2. Quello che vi racconto non è un progetto, ma è già realtà.

Cosa intendiamo fare, di ancora più ambizioso con questa mole di dati molto organizzati e molto strutturati? Sicuramente utilizzare Chatbot e intelligenza artificiale per arrivare in maniera sempre più disintermediata, diretta e mirata sul cittadino, visto che abbiamo il cittadino non solo da un punto di vista anagrafico, ma da un punto di vista delle prestazioni, e sappiamo, grazie ai DRG, quanto costano quelle prestazioni. Il passaggio successivo, quello davvero rivoluzionario, sarà di misurare quanto risparmieremo non in maniera statica, ma nei prossimi dieci anni, investendo e non spendendo denari su prestazioni date al cittadino.

Questo cambio di logica, che è esattamente in linea con quello che il Ministero della Salute sta promulgando e sui cui sta lavorando, è la vera rivoluzione, nel senso che usciamo dal concetto di spesa, quindi di riduzione della spesa, e passiamo al concetto di investimento perché smettiamo di guardare al risparmio o a un sistema che deve giustificare quello che produce come prestazione, ma che investe su stili di vita, su farmaci innovativi, su cure innovative, sapendo che il risultato non si misura nel conto economico dell'anno in cui avviene l'uscita finanziaria, ma in un orizzonte temporale che è il ciclo di vita del paziente.

Abbiamo coniato un acronimo che è Government as a Platform. Utilizzando e parafrasando quello che ci dice il Piano triennale redatto da AGID, che va esattamente verso questa direzione, abbiamo creato uno strumento che da un lato ha un back office che dà al decisore politiche uno strumento a piattaforma integrata multidimensionale, di governo delle scelte e che riesce a prevedere scenari a seconda delle scelte che si fanno sul territorio, a livello di politica sanitaria, ma dall'altro lato, uno strumento front office che espone servizi digitali semplificati verso il cittadino per garantire un accesso alle cure sempre più efficace, efficiente, immediato, semplificato.

Crediamo che questo sia un modo utile di avvicinare il cittadino all'istituzione e al sistema sanitario perché oggi ancora vediamo che c'è una percezione di distanza e di burocrazia che vogliamo progressivamente annientare e polverizzare.

MODERATRICE: Ringrazio il dottor Postiglione. Gli faccio ancora una domanda, nel senso che si sta raggiungendo l'eccellenza, rispetto a quella che è l'anagrafica dal punto di vista sanitario, ma dal punto di vista farmaceutico, avete provato ad entrare anche in questo settore? Un altro settore che costa tantissimo al pubblico è proprio quello della spesa inappropriata sui farmaci, alcune volte diventa con dolo una speculazione di alcune case farmaceutiche che fanno prescrivere un farmaco più volte ad un anziano che non paga il ticket e invece quello, con la trasparenza e il monitoraggio, potrebbe essere un altro settore in cui si spingono le industrie farmaceutiche a non produrre quei farmaci con la scatoletta di 40 compresse, ma magari quelle 10 che servono per la terapia, contenendo i costi, quindi le persone povere potrebbero comprare più facilmente i farmaci e di

Gianluca Postiglione

Direttore Generale, Soresa

contro, chi non paga il ticket, non avrebbe nessun interesse a speculare sul pubblico, aggravando le casse dello Stato e della Regione. Secondo me, questa è veramente un'idea coraggiosa, ed è la sfida che lancio a tutte le aziende informatiche che facciano e che propongano studi di monitoraggio che vadano a migliorare la trasparenza e contro la corruzione nel settore farmaceutico.

GIANLUCA POSTIGLIONE: Grazie perché mi dà un assist. Intanto, posso dire che l'altro ieri su Il Sole 24 Ore è uscita la classifica delle Regioni che pagano in maniera più veloce il farmaco e grazie alla digitalizzazione, che abbiamo messo in piedi dalla parte di centralizzazione del sistema informativo, collegamento con PagoPA piuttosto che con il meccanismo messo in piedi dal Ministero, la Regione Campania è la prima Regione per tempi di pagamento e paga a 38 giorni. Chiaramente, il fatto di pagare ha poco a che vedere con quello che ci raccontava lei, ma evidentemente, nel sistema che abbiamo ideato, nel quale si parte dall'anagrafica e si fa accountability sul paziente, abbiamo previsto che anche i medici di Medicina Generale, stiamo lavorando e questa è una parte squisitamente politica, ma è un tavolo molto avanzato, a concludere un accordo, come già altre Regioni hanno fatto, vedi Veneto e vedi Emilia Romagna, un accordo per cui i medici di Medicina Generale e i pediatri di libera scelta utilizzeranno il nostro database, che sarà sul cloud. Questo ci consentirà di avere, su quel paziente, non solo il dato rispetto alle recenti prescrizioni, quindi dei sistemi automatizzati di alert qualora avesse fatto una prescrizione precedentemente o qualora i suoi dati fiscali non battessero con i dati relativi al codice d'esenzione che emerge. Dico di più, potremmo arrivare, ed è questa la vera sfida di farmaco vigilanza, a vedere l'appropriatezza di quella prescrizione rispetto alle patologie che abbiamo censite e alle indicazioni avverse per l'utilizzo di altri farmaci che pure risultano.

Non ho più come unità di misura il territorio e poi l'Ospedale, perché oggi il sistema è minato dal fatto che noi sì, misuriamo, ma misuriamo per centri di costo che sono diversi. Un centro di costo dell'Ospedale che non dialoga con il centro di costo ambulatoriale territoriale. Quando diciamo che l'unica unità di misura vera e riconosciuta è il cittadino paziente, tutta una serie di controlli informatizzati, quindi anche affidati ad algoritmi potenti e predittivi, che oggi sono impensabili, diventano possibili.