



Dalla VII Conferenza nazionale Gimbe analisi e soluzioni per le criticità economiche del Ssn

Sostenibilità con l'high value

Puntare sul miglior risultato ottenuto per unità monetaria utilizzata

Una conferenza gratuita senza sponsor per oltre 400 partecipanti provenienti da tutta Italia e rappresentanti di tutte le professioni sanitarie. Un solo intervento preordinato, 16 contributi selezionati tra i 154 abstract e nessun compenso né rimborso per i relatori. Questo il Dna della Conferenza nazionale Gimbe - tenutasi a Bologna lo scorso 17 febbraio - che attraverso una articolata rassegna di progetti realizzati nelle organizzazioni sanitarie italiane ha approfondito un tema spinoso e attuale: la sostenibilità della Sanità pubblica.

Numerose le novità di questa edizione: presentazione della Fondazione Gimbe, del network di siti web e di canali Gimbe sui social network, della rivista Evidence (già Gimbenews), disponibilità di un programma di formazione a distanza, lancio del progetto Gimbe for Young dedicato a studenti e professionisti under 30.

Il Gimbe Award individuale è stato assegnato al progetto di Edoardo Pennacchio (Ao San Carlo di Potenza), il Gimbe Award Young a Monica Mazzaferro (Ao Ospedali Riuniti di Ancona), mentre la Asl di Milano si è aggiudicata il Gimbe Award aziendale per aver contribuito con numerosi progetti, tra cui quelli di Franca Crippa, Laura Speccher e Ornella Casati.

Il report della Conferenza - presentazioni, abstract book, rassegna stampa - è disponibile on line (www.gimbe.org/report/conferenza_2012).

Il Servizio sanitario nazionale vive un paradosso oggi sempre più enfatizzato dalle cronache: se da un lato ha conquistato il secondo posto, dietro quello francese, nella classifica mondiale dell'Oms, dall'altro necessita continuamente di rigide misure di contenimento della spesa, in assenza delle quali è a rischio la sua stessa sostenibilità, in particolare nelle Regioni del Centro-sud. Peraltro, questa inderogabile necessità pone profondi interrogativi sulla legittimità della politica di erodere gradualmente, in nome della quadratura del bilancio, il diritto alla salute garantito a tutti i cittadini dalla Costituzione. Ma la crisi del nostro Ssn, particolarmente accentuata in un momento di crisi economica globale, sta realmente intaccando il diritto alla salute? Oppure è una crisi che si identifica con l'impossibilità di soddisfare con il denaro pubblico tutte le esigenze dei cittadini nell'era di uno sfrenato consumismo sanitario, dove l'offerta condiziona la domanda e, per garantire la sostenibilità del Ssn, politiche sanitarie e management possono solo affidarsi a strategie di contenimento dei costi?

Le risorse per la salute. Se è vero che la spesa sanitaria è in aumento nella maggior parte dei Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), in Italia l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è del 9,5% vs 9,6% della media Ocse e a una spesa pubblica di circa 110 miliardi di euro si aggiunge una spesa privata di oltre 30 miliardi di euro. Rispetto ai Paesi dell'Ocse, le due differenze principali del nostro Ssn sono rappresentate da una maggiore quota di spesa pubblica - 77,9% vs 71,7% della media Ocse - e da una spesa privata che in Italia proviene per la maggior parte dalle tasche dei cittadini, mentre in Europa è mediata da forme integrative di assistenza.

Il riparto alle Regioni. Il fabbisogno destinato al Ssn per il 2012 (oltre 106 miliardi di euro) viene ripartito alle Regioni secondo la popolazione residente pesata per età (ma non per tutte le prestazioni!), senza tenere conto di criteri socio-economici (deprivazione) fortemente richiesti dalle Regioni del Sud. Rispetto alle tre aree dei livelli essenziali di assistenza (Lea), il 5% viene destinato alla prevenzione, il 51% all'assistenza territoriale e il 44% all'assistenza ospedaliera. Inoltre, secondo quanto previsto dal decreto sui Lea, le Regioni possono utilizzare fondi propri per finanziare ulteriori prestazioni non coperte dai Lea, ma sfortunatamente tali risorse aggiuntive vengo-



Un progetto in dodici mosse

Nel perseguimento della propria mission istituzionale, in occasione della 7ª Conferenza nazionale la Fondazione Gimbe ha lanciato il progetto "La Salute non ha prezzo, ma la Sanità costa a tutti. Salviamo il nostro Ssn" per sensibilizzare cittadini, professionisti, management e politiche sanitarie su varie linee di intervento indispensabili per garantire qualità e sostenibilità del servizio sanitario pubblico:

- integrare le migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni (professionali, manageriali, politiche) che riguardano la salute dei cittadini;
- riallineare gli obiettivi di tutti gli stakeholders della Sanità, utilizzando come "unità di misura" l'high value per i pazienti, definito come il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata;
- intraprendere un graduale processo di "decontaminazione" della Sanità dalla politica;
- ridurre le disuguaglianze regionali in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi e di esiti assistenziali;
- pianificare l'offerta di strutture, servizi e prestazioni sanitarie secondo i reali bisogni di salute dei cittadini;
- non rimborsare con il denaro pubblico interventi sanitari di efficacia non documentata o inappropriati;
- sviluppare sistemi informativi per misurare l'appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi sanitari erogati;
- intraprendere azioni concrete per valorizzare il capitale umano delle organizzazioni sanitarie;
- informare adeguatamente i cittadini sull'efficacia-appropriatezza-sicurezza degli interventi sanitari;
- finanziare, condurre e pubblicare ricerca rilevante per migliorare la salute dei cittadini;
- dichiarare esplicitamente i conflitti di interesse di tutti gli attori coinvolti in attività di formazione, ricerca e assistenza sanitaria;
- introdurre misure estremamente severe per combattere ogni forma di truffa e frode a carico del Ssn.

no spesso destinate a prestazioni inefficaci, inappropriati, ma con elevata domanda sociale che, se adeguatamente soddisfatta, può tradursi in ritorno elettorale.

Le disuguaglianze regionali. Leggendo in parallelo due report del ministero della Salute ("Adempimento dell'erogazione dei Lea" e il "Sistema di Valutazio-

ne delle performance sanitarie regionali") emerge in maniera incontrovertibile che se alcune Regioni riescono al tempo stesso a garantire una buona Sanità e a mantenere in equilibrio il proprio bilancio, altre Regioni offrono peggiori livelli di assistenza sanitaria e hanno i conti fuori controllo, determinando il rinvio ai piani di rientro. Pertanto, la ricerca di soluzioni alla crisi del Ssn non può essere ricercata esclusivamente nell'aumento delle risorse disponibili, ma nelle modalità con cui i servizi sanitari regionali gestiscono quelle assegnate, partendo dall'evidenza incontrovertibile che "chi più spende... peggio spende". Di conseguenza, le disuguaglianze regionali, sia in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia di appropriatezza dei processi, sia di esiti clinici, economici e umanistici sono sotto gli occhi di tutti: oggi, la Regione di residenza di un cittadino italiano, oltre a influenzare l'equità d'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, costituisce un fattore di rischio indipendente per la sua salute.

Gli obiettivi degli stakeholders. In un sistema sanitario pubblico gli obiettivi dovrebbero essere condivisi tra tutti gli stakeholders: cittadini, pazienti, organizzazioni sanitarie pubbliche e private, istituzioni di politica sanitaria, professionisti, società scientifiche, industria ecc. In realtà, gli obiettivi dei vari portatori di interessi non sono sempre convergenti e talvolta sono addirittura conflittuali: contenimento dei costi, profitti, elevati standard di qualità, soddisfazione degli utenti, semplificazione di accesso ai servizi, disponibilità di tecnologie avanzate, autonomia professionale, efficienza, produttività ecc. In un momento critico in cui la sostenibilità del sistema pubblico è costantemente in bilico tra inappropriately e tagli indiscriminati, gli obiettivi di tutti gli stakeholders possono essere riallineati solo riconoscendo quale obiettivo primario dell'assistenza sanitaria l'high value per i cittadini e pazienti, definito come il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata. Purtroppo questa "unità di misura" è ancora un miraggio nel nostro Ssn che, per garantire la propria sostenibilità, si affida esclusivamente a strategie di contenimento dei costi, manovra estremamente pericolosa per la salute pubblica perché impone vincoli forzati all'erogazione di interventi sanitari efficaci.

Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

URGENTE E INDIFFERIBILE INTERVENIRE SULLE ASPETTATIVE DEGLI UTENTI

Consistenti evidenze scientifiche documentano oggi tre attitudini consolidate dei professionisti sanitari: sono potenti induttori di servizi e prestazioni, specialmente quando esistono conflitti di interesse professionali per i quali urge un'adeguata regolamentazione della libera professione; la medicina difensiva ha ormai preso il sopravvento sulle decisioni secondo scienza e coscienza; infine, l'industria farmaceutica e tecnologica continuamente "induce in tentazione" tutti i professionisti sanitari. Tali attitudini condizionano i comportamenti prescrittivi con ingente spreco di risorse sia per interventi sanitari inefficaci, sia per interventi efficaci, ma inappropriati. È indubbio che l'incapacità dei sistemi informativi aziendali nel misurare l'appropriatezza prescrittiva costituisce un limite fondamentale e che alcune regole anomale per la prescrizione necessitano di riforme strutturali. Basti pensare a quelle che disciplinano il mercato dei farmaci dove chi sceglie (il medico), non paga e non consuma; chi consuma (il cittadino), non sceglie e non paga e chi paga (Ssn), non sceglie e non consuma!

Le aspettative dei cittadini. Già nel 1999 Richard Smith - past editor del British Medical Journal - aveva intuito che per

garantire la sostenibilità del sistema sanitario pubblico l'azione più urgente ed efficace è intervenire sulle aspettative dei cittadini nei confronti di una "medicina mitica", perché...

- la morte è inevitabile
- la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita
- gli antibiotici non servono per curare l'influenza
- le protesi artificiali ogni tanto si rompono
- gli ospedali sono luoghi pericolosi
- tutti i farmaci hanno anche effetti collaterali
- la maggioranza degli interventi sanitari produce solo benefici marginali e molti non funzionano affatto
- gli screening producono anche risultati falsi negativi e positivi
- oltre che acquistare indiscriminatamente tecnologie sanitarie, esistono altri modi per investire le risorse economiche per migliorare la salute dei cittadini (prevenzione non medicalizzata, educazione sanitaria, miglioramento degli stili di vita, self-management ecc., nda).

Il messaggio di Richard Smith dovrebbe concretizzarsi in misure istituzionali per alfabetizzare tutti i cittadini sull'efficacia-appropriatezza-sicurezza degli interventi sanitari: misure tanto

più urgenti quanto più la crisi economica costringerà questo esecutivo tecnico (e quelli politici che verranno) a scelte sempre più difficili per decidere quali prestazioni garantire a tutti i cittadini, le cui aspettative sempre crescenti non potranno mai essere soddisfatte con le risorse disponibili.

Truffe e frodi. La Sanità rappresenta il comparto con la quota più elevata di denaro pubblico investito e con gli anni si è radicata una vasta rete del malaffare che sottrae continuamente risorse alla Sanità. Se è vero che in tre anni di indagini la Guardia di finanza ha accertato danni erariali per 2 miliardi e frodi per 500 milioni, si può immaginare che si tratti solo della punta di un imponente iceberg: medici di base rimborsati per assistere pazienti defunti, false prescrizioni di farmaci, furto, rapina e ricettazione di prescrizioni mediche, certificazioni lsee truccate per ottenere le esenzioni, visite ambulatoriali rimborsate come day-hospital, interventi di chirurgia estetica classificati come chirurgici per altra patologia, interventi chirurgici su pazienti terminali eseguiti a mero scopo di rimborso, esercizio abusivo della professione, cartellini timbrati da personale assente.