



**ANGOLO DI PENNA**

## Contro la spending del Governo Monti la ricetta del «best care at lower cost» firmata Obama

di Nino Cartabellotta\*

Tagliare i servizi o eliminare gli sprechi: una sfida ardua per il prossimo esecutivo. In condizioni di crisi economica esistono due strategie per sostenere le attività produttive: la prima consiste nell'investire meno risorse (tagli), la seconda nell'ottenere migliori risultati dalle risorse investite, previa identificazione ed eliminazione degli sprechi.

Condizionato dall'inderogabile necessità di un risparmio diretto e immediato, il Governo Monti ha scelto la strategia dei tagli lineari: taglio dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione dei rimborsi etc.

Nella conferenza stampa del 19 dicembre 2012 il Ministro Balduzzi ha fatto "chiarezza sui numeri della Sanità": nel periodo 2012-2015 il Ssn dovrà rinunciare a quasi 25 miliardi di euro tra il fabbisogno finanziario stimato ante-manovre e quello reale post-manovre (Dl 78/2010, Dl 98/2011, Dl spending review e decreto di stabilità 2013).

Senza entrare nel merito dell'insoddisfazione di tutte le categorie di stakeholders, non sempre scevra da conflitti di interesse, è certo che l'entità e la rapidità dei tagli, oltre ad avere conseguenze negative per la salute dei cittadini - in particolare per le fasce socio-economiche più deboli - potrebbero determinare un imprevedibile e non quantificabile incremento dei costi.

Eppure, negli ultimi anni la letteratura internazionale ha fornito numerosi suggerimenti - alcuni dei quali ripresi in questa rubrica - per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari senza compromettere la qualità dell'assistenza. Ad esempio, in Usa, la sfida lanciata dall'Obamacare per estendere a tutti i cittadini americani il diritto alla salute, ha mobilitato numerose istituzioni e diverse categorie di stakeholders sotto l'imperativo "Best Care at Lower Cost", titolo di un recente report dell'Institute of Medicine.

La strategia alternativa a quella dei tagli lineari consiste nell'identificazione e riduzione degli sprechi per la quale Berwick ed Hackbarth (Jama 2012;307:1513-1516) si sono ispirati al modello dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Socolow (Science 2004;305:968-972): per contenere le emissioni di CO2 ed evitare una catastrofe ambientale, ciascuna delle 15 strategie suggerite potrà riempire solo una porzione (cuneo) del triangolo di stabilizzazione.

La sfida per contenere gli sprechi in Sanità è analoga: le principali categorie di sprechi rappresentano cunei del triangolo di stabilizzazione per evitare il crollo del sistema sani-

tario. Infatti, persistendo le attuali modalità di gestione (business as usual), la continua ascesa degli sprechi rischia di assorbire un eventuale maggior gettito finanziario di risorse pubbliche e/o private.

Berwick e Hackbarth hanno identificato sei fonti maggiori di spreco che costituiscono almeno il 20% dei costi sanitari:

- Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci. Conseguono principalmente ai gap tra ricerca e pratica: può ritardare o impedire la guarigione, aumentare le complicanze, richiedere ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, causare assenze dal lavoro.
- Inadeguato coordinamento dell'assistenza. Sono gli sprechi conseguenti al "rimbalzo" del paziente tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio. Il coordinamento dell'assistenza è particolarmente critico nei pazienti con malattie croniche, nei quali l'assistenza a livello di cure primarie deve essere integrata con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri, utilizzando tutte le strategie della transitional care.
- Sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici. Overtreatment e overdiagnosis sono dovuti alla convinzione professionale e sociale che in medicina l'imperativo dominante è "more is better", alimentando la medicina difensiva. È la categoria più consistente di sprechi che incrementa sia il rischio clinico dei pazienti sia i costi: procedure diagnostiche invasive per rassicurare i pazienti, ricoveri per malattie lievi o per malattie croniche senza esacerbazioni acute, costosissimi regimi di chemioterapia in pazienti neoplastici terminali, uso indiscriminato (misuse) di farmaci, screening di efficacia non documentata etc.
- Complessità amministrative. Il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del Ssn. Una categoria di sprechi generata dunque da un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione e ipertrofia del comparto amministrativo.
- Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi. La mancata definizione dei costi standard e l'assenza di regole ben definite fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie siano molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali assolutamente ingiustificate. In particolare, si assiste a una continua ascesa dei prezzi che, in un mercato regolamentato, dovrebbero risultare dai costi effettivi di produzione più un equo profitto.

- Frodi e abusi. Oltre che alle azioni fraudolente (fatture false, truffe), gli sprechi conseguono anche alle leggi, ai regolamenti e ai controlli cui tutti devono sottostare.

Secondo le stime di Berwick ed Hackbarth, i "cunei di stabilizzazione" valgono per la Sanità Usa almeno 558 miliardi di dollari/anno che, riportati alla nostra dimensione nazionale, rappresentano circa 25 miliardi di euro/anno, esattamente la stessa cifra che le manovre finanziarie hanno eroso alla Sanità pubblica nel periodo 2012-2015.

Il prossimo esecutivo sarà in grado di sciogliere la prognosi di una Sanità pubblica "lungodegente in terapia intensiva"?

Indubbiamente è un'impresa ardua che richiede riforme coerenti per identificare quale unico obiettivo del nostro insostituibile Ssn il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Infatti, l'articolo 32 della Costituzione garantisce a tutti gli individui il diritto alla salute, che non coincide con l'accesso tempestivo a tutti i servizi e prestazioni sanitarie, fonte di soddisfazione del consumatore e garanzia di ritorno elettorale. Ma per salvare il Ssn tutte le categorie di stakeholders sono davvero disposti a rinunciare ai privilegi conquistati in 35 anni, grazie alla variabile interazione tra mancata programmazione, deriva regionalista, aziendalizzazione estrema, autonomie e resistenze professionali e involuzione del cittadino in consumatore?

\* **Presidente Fondazione GIMBE**