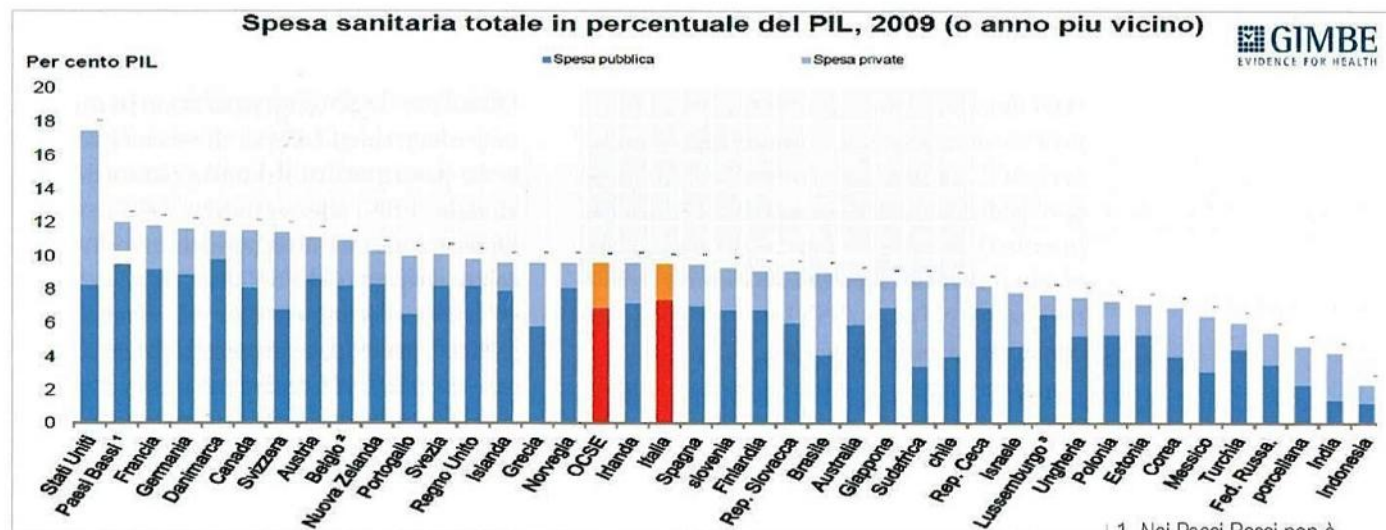


I costi della Sanità pubblica in Italia. Ovvero, ce la possiamo ancora permettere?

Abbiamo il secondo miglior sistema sanitario nazionale al mondo, dopo la Francia, ma i suoi costi di mantenimento stanno diventando per noi insostenibili. Alcuni spunti di riflessione



Nell'attesa di conoscere il testo definitivo della nuova manovra del Governo Monti per il contenimento della spesa pubblica, sono iniziati a trapelare in questi mesi particolari sui settori che verranno colpiti dalle sforbiciate del Professore bocconiano. La Salute Pubblica è tra questi. Secondo le informazioni pubblicate ad oggi dai media infatti, la Sanità, per cui lo Stato nel 2011 ha stanziato circa 110 miliardi corrispondenti al 9,5% del proprio Prodotto Interno Lordo (PIL), si vedrà tagliare fondi per parecchie centinaia di milioni. Di fronte a questi dati il tema del costo del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), con i suoi pregi e difetti, torna allora di estrema attualità. Per capire meglio la situazione abbiamo fatto alcune domande al professor Nino Cartabellotta, fondatore nel 1996 del Gruppo Italiano per la Medicina basata sulle Evidenze (GIMBE), fondazione specializzata in ricerche in ambito sanitario. Il dott. Cartabellotta ha partecipato quest'anno al convegno della Società Italiana per la Qualità e la Sicurezza dei Trapianti (SISQT) proprio con un intervento sui costi della Sanità. "L'amico Franco Filipponi, Presidente della SISQT, aveva partecipato alla 7a Conferenza Nazionale GIMBE dove" ricorda Cartabellotta "dopo aver ascoltato la mia lettura introduttiva,

mi ha proposto di utilizzarla per aprire il congresso nazionale della SISQT, realtà con la quale condividiamo molti obiettivi comuni sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria".

Nel suo intervento al SISQT ha parlato di "ingente spreco di risorse sia per interventi sanitari inefficaci, sia per interventi efficaci, ma inappropriati". Può spiegarci cosa si intende per intervento appropriato?

Un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo, etc) si definisce efficace quando le evidenze scientifiche dimostrano un beneficio reale per i pazienti: riduzione della mortalità e della morbilità, miglioramento della qualità di vita. Un intervento sanitario è invece appropriato quando viene prescritto al "paziente giusto, nel momento giusto, per la giusta durata e nel posto giusto", ovviamente sempre in relazione alle migliori evidenze scientifiche. Spesso, tuttavia, queste non vengono trasferite in maniera lineare alla pratica professionale, per cui accanto alla mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci, si assiste al continuo utilizzo di interventi inefficaci, inappropriati e, talvolta, dannosi per i pazienti. Tutti i comportamenti inappropriati (*overuse, underuse, misuse*) riducono l'efficacia dell'assistenza sanitaria, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pub-

1. Nei Paesi Bassi non è possibile distinguere chiaramente le parti pubbliche e private relative agli investimenti.

2. Totale spese esclusi gli investimenti.

3. Spesa sanitaria è per la popolazione assicurata piuttosto che la popolazione residente.

Informazione sui dati per Israele:
<http://dx.doi.org/10.1787/88932315602>

Fonti
 OECD Health Data 2011;

WHO Global Health Expenditure Database



blico (sino al 30% secondo alcune recenti valutazioni). Ad esempio, numerosi test diagnostici vengono prescritti esclusivamente sulla preoccupante scia della medicina difensiva e moltissimi trattamenti (farmacologici e non) vengono somministrati senza alcuna specifica indicazione per il paziente, determinando l'emergenza di preoccupanti fenomeni (*overdiagnosis*, *overtreatment*) i cui risvolti sanitari, sociali ed economici sono enormi.

Lei afferma che “L'industria farmaceutica e tecnologica induce in tentazione tutti i professionisti sanitari” evidenziando come le regole “anomale” del mercato farmaceutico facilitino questa situazione: “Chi sceglie (medico), non paga e non consuma i farmaci, chi li consuma (cittadino), non sceglie e non paga e chi paga (SSN), non sceglie e non consuma”. Come se ne esce?

Per quanto riguarda il primo punto, è ampiamente documentato, sia in letteratura sia nella realtà dei fatti, che l'industria utilizza varie strategie per modificare i comportamenti professionali dei medici, tra cui “svariate seduzioni” che spesso inducono alla prescrizione di farmaci inefficaci o inappropriati.

Rispetto alle “regole anomale del mercato dei farmaci”, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità oltre la metà di tutti i farmaci sono prescritti, somministrati o venduti in maniera inappropriata e oltre la metà dei pazienti non assumono correttamente i farmaci prescritti. Ovviamente, il sovrautilizzo (*overuse*), il sottoutilizzo (*underuse*) e l'utilizzo errato (*misuse*) dei farmaci causano effetti avversi e determinano un ingente spreco di risorse economiche.

Come se ne esce dunque? Solo implementando una strategia nazionale multifattoriale finalizzata a promuovere l'uso razionale dei farmaci: formazione dei professionisti sanitari con supervisione, oltre che con audit & feedback, educazione dei cittadini sull'efficacia/appropriatezza/sicurezza dei farmaci, utilizzo di linee-guida, disponibilità di un prontuario nazionale di farmaci essenziali, informazione indipendente sui farmaci e altro ancora.

Al Sud si consuma oltre il 50% in più di antibiotici rispetto al Nord. Confrontando i dati di consumo per macro regioni, sembra quasi che le abitudini al consumo di medicinali dividano l'Italia in due: solo una coincidenza o la cultura incide sul rapporto con i farmaci?

Il rapporto dell'Osservatorio Nazionale sul-

l'Impiego dei Medicinali (OsMed) rileva ogni anno importanti disequaglianze regionali sulla prescrizione di tutti i farmaci, non solo degli antibiotici. Di fatto, la regione di residenza di un cittadino, oltre a influenzare l'equità d'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, costituisce addirittura un fattore di rischio indipendente per la sua salute: in questo senso le attuali disequaglianze regionali disegnano una carta geografica molto simile a quella dell'epoca rinascimentale.

I fondi per il SSN sono ripartiti in base al numero dei residenti. Pensa che sia un buon criterio per ripartire il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) alle regioni?

Difficile pensare a un criterio diverso: in particolare il riparto del FSN tiene conto della popolazione residente pesata per età, corretta... con il “lapis”, per evitare sproporzioni eccessive tra un anno e l'altro. Continuano a essere ignorati i criteri socio-economici (deprivazione) fortemente richiesti dalle regioni del centro-sud, ma d'altronde perché lo stato dovrebbe erogare risorse aggiuntive proprio alle regioni più dissenate?

Parlando di regioni dissenate, nel suo intervento la forte sperequazione in termini di spesa tra le diverse regioni italiane arriva a farle modificare il detto “chi più spende meglio spende” in “Chi più spende... peggio spende”. In che senso?

Esiste una relazione inversa tra le performance sanitarie regionali e le valutazioni sull'appropriato uso delle risorse assegnate dallo Stato: anche se potrebbe sembrare un paradosso, tutte le regioni in deficit occupano gli ultimi posti nella classifica delle performance sanitarie. L'autonomia nella pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari regionali ha fatto sì che alcune regioni virtuose riescono al tempo stesso a garantire una buona sanità e tenere in equilibrio il proprio bilancio, mentre quelle dissenate non solo hanno i conti fuori controllo, ma offrono peggiori livelli di assistenza sanitaria. Ciò dimostra che il vero problema non riguarda la quantità delle risorse disponibili, ma le modalità con cui le autonomie regionali gestiscono quelle assegnate dallo Stato.

La Lombardia è la regione che riceve più fondi statali ma anche la migliore d'Italia, dicono. Quali parametri definiscono la qualità di un servizio sanitario? Basta il bilancio o ci sono altre modalità per scalare questa particolare classifica?



La quota di finanziamento del sistema sanitario lombardo è la più elevata perché è la regione più popolosa d'Italia, ma le "voci di corridoio" dovrebbero sempre essere supportate da dati oggettivi. Indubbiamente in Lombardia esistono eccellenze uniche sul panorama nazionale, ma le performance complessive non le permettono di conquistare il primo posto, a causa di politiche liberiste che hanno puntato eccessivamente sull'incremento smisurato dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie e molto meno sull'appropriatezza. Di conseguenza, poiché i bisogni di salute della popolazione non possono essere aumentati all'infinito, il sistema inizia a far intravedere le prime crepe.

La valutazione delle performance di un sistema sanitario è una questione molto complessa e in Italia avviata solo da pochi anni. In particolare, nel 2010 il Ministero della Salute, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha elaborato un set di 34 indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati nelle varie regioni. La Lombardia riporta un buon piazzamento, ma con alcune performance non eccellenti e con due gravi insufficienze ("vaccinazione anti-influenzale" e "tasso ospedalizzazione diabete globale").

Dopo un report preliminare nel marzo 2012, lo scorso 3 ottobre il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) – coordinato dall'Agenas per conto del Ministero della Salute - ha reso pubblici i dati su mortalità, tempi di intervento e altri indicatori per 42 prestazioni erogate negli ospedali pubblici e privati italiani: in Lombardia tante luci, ma anche qualche ombra.

Il SSN rappresenta il settore con la più alta percentuale di denaro pubblico investito, il 9,5% del PIL, che attira da sempre gli appetiti insaziabili dei disonesti. Quali sono le pratiche più diffuse per truffare il SSN in Italia? Ci sono regioni con personali sistemi di frode o i meccanismi sono uguali ovunque? Quali le ultime e più eclatanti truffe al SSN?

È indubbio che oltre 130 miliardi di euro/anno di denaro pubblico fanno gola a tutti e con gli anni si è radicata una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica: in tre anni di indagini la Guardia di Finanza ha accertato danni erariali per due miliardi di euro e frodi per oltre 500 milioni di euro, ma temo si tratti solo della punta dell'iceberg.

Alcuni esempi? Medici di base rimborsati per assistere pazienti defunti, false prescrizioni di far-

Dr. Nino Cartabellotta



È medico, specialista in medicina interna e gastroenterologia, riconosciuto oggi tra i più autorevoli metodologi del nostro Paese, grazie a competenze trasversali che interessano tutte le professioni e tutti i livelli organizzativi del sistema sanitario. Il suo know-how spazia, in una visione di sistema, dalla metodologia della ricerca all'Evidence-based Health Care (cura sanitaria basata sulle evidenze), dalla formazione continua alla valutazione della competenza professionale, dalla clinical governance alla valutazione delle performance dei servizi sanitari, dal management alle politiche sanitarie.

Nino Cartabellotta, fondatore nel 1996 del Gruppo Italiano per la Medicina basata sulle Evidenze, dal 2010 è presidente della Fondazione GIMBE che ha lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario finalizzate a:

Consolidare la formazione continua dei professionisti sanitari come processo di auto-apprendimento permanente integrato nella pratica clinica.

Migliorare la qualità metodologica, l'etica, l'integrità, la rilevanza clinica e il valore sociale della ricerca sanitaria. Favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche alle decisioni professionali, manageriali e di politica sanitaria.

Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, coinvolgimento degli utenti, efficienza.

Per saperne di più

www.gimbe.org
www.ninocartabellotta.it

PIEMONTE	7.981.583.212	7,52%
V D'AOSTA	209.252.246	0,20%
LOMBARDIA	17.774.975.226	16,74%
BOLZANO	867.546.996	0,82%
TRENTO	902.286.161	0,85%
VENETO	8.703.791.198	8,20%
FRIULI	2.248.214.395	2,12%
LIGURIA	3.007.127.123	2,83%
EMILIA ROMAGNA	8.271.513.285	7,79%
TOSCANA	6.848.906.256	6,45%
UMBRIA	1.630.415.635	1,54%
MARCHE	2.765.899.842	2,61%
LAZIO	9.928.429.429	9,35%
ABRUZZO	2.242.297.661	2,11%
MOLISE	612.240.466	0,58%
CAMPANIA	9.563.030.448	9,01%
PUGLIA	6.851.070.690	6,45%
BASILICATA	996.759.537	0,94%
CALABRIA	3.246.213.875	3,06%
SICILIA	8.463.644.081	7,97%
SARDEGNA	2.866.149.488	2,70%
B GESU'	157.853.618	0,15%
ACISMOM	34.548.676	0,03%
TOTALE	106.173.749.546	100%

5% Prevenzione
51% Assistenza territoriale
44% Assistenza ospedaliera

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) risalgono al 2001

Le Regioni possono utilizzare fondi propri per finanziare ulteriori prestazioni non coperte dai LEA

Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici

Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

maci, furto, rapina e ricettazione di prescrizioni mediche, certificazioni ISEE 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. E senza entrare in maniera più intrusiva nel merito dell'etica professionale, che spesso mette alla luce situazioni di paragone molto tristi e sistematicamente ignorate dagli Ordini dei Medici, come quella saltata alle cronache qualche giorno fa: "67 dottori in 15 diverse regioni sono indagati per aver ricevuto da un'azienda farmaceutica somme di denaro, viaggi all'estero e oggetti di valore con l'obiettivo di incrementare le vendite di alcune tipologie di farmaci. L'inchiesta riguarda in special modo i pazienti pediatrici: i medici prescrivevano dosaggi ben al di sopra delle indicazioni terapeutiche per aumentare gli incassi" (*La Repubblica*, 17 ottobre).

I tagli previsti dalla spending review e dal-

la legge di stabilità, che si sommano a quelli dell'era pre-Monti, permetteranno al servizio sanitario nazionale di sopravvivere?

Assolutamente sì, ma solo con il contributo di professionisti e cittadini. In particolare, bisogna spostare il dibattito dal contenimento dei costi imposto dalla politica alla riduzione degli sprechi, un cambio di paradigma che richiede sia una rivalutazione della responsabilità professionale sull'utilizzo appropriato delle risorse, sia una maggiore consapevolezza dei cittadini sull'efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari. Come GIMBE, in questo momento di crisi di credibilità e sostenibilità della sanità pubblica stiamo portando avanti numerose iniziative che rientrano tutte nel progetto "La salute non ha prezzo, la sanità costa a tutti. Salviamo il nostro SSN" di cui il mio intervento al SISQT è parte integrante. L'obiettivo è di sensibilizzare cittadini, professionisti, management e politiche sanitarie attraverso 12 linee di intervento indispensabili per garantire qualità e sostenibilità della sanità pubblica

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" il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata. Intraprendere un graduale processo di "decontaminazione" della Sanità dalla politica. Ridurre le disegualianze 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.

Fernanda Sneiderbaur