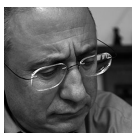


PROFESSIONE NEFROLOGO

Sanità: è possibile ridurre i costi e migliorare le cure



Giuseppe Rombolà

Direttore UOC Nefrologia e Dialisi ASL5, La Spezia

Parole chiave: costi, sanità

Contesto Generale

Nell'ultimo anno su tutta la stampa nazionale sono apparsi numerosi articoli riguardanti la gestione della sanità. I motivi di questa attenzione sono tanti: le risorse sono poche e in sanità si spreca molto, i ritardi culturali e strutturali sono evidenti, la capacità di programmazione e la visione strategica (quando presenti) non sono necessariamente coerenti con i bisogni, ecc...

In realtà in Italia le risorse destinate alla sanità equivalgono complessivamente a circa 8.3% del PIL di cui 6.5% deriva dal finanziamento pubblico e 1.8% dalla contribuzione diretta dei cittadini. Anche se si tratta di una cifra decisamente inferiore a quella che altri paesi europei simili all'Italia destinano alla sanità, si tratta indubbiamente di una cifra rilevante. Tuttavia, anche se il tasso di crescita del finanziamento alla sanità, negli ultimi 10 anni, è stato superiore rispetto dell'aumento del PIL, esso non ha mai coperto integralmente la spesa. Negli ultimi 10 anni la differenza fra l'incremento di spesa e il finanziamento si è mantenuto costante e la somma di questo deficit pluriennale del finanziamento ammonta a circa 36 miliardi di Euro. Questo è quello che viene normalmente riferito come "debito" della sanità.

È evidente che questo debito deriva da un sistematico sottofinanziamento del sistema, e risponde ad una scelta politica di contenimento della spesa sanitaria. Quindi anche se indubbiamente esistono degli sprechi e c'è sicuramente un margine significativo di recupero, il debito sanitario non deriva, come spesso si sostiene da uno sperpero di risorse.

Recentemente uno studio di confronto della spesa sanitaria procapite e la variazione percentuale registrata nel periodo 2002-2007 fra i 30 paesi OCSE, ha documentato come l'Italia sia una delle Nazioni Europee che investe meno in sanità in rapporto al PIL (in particolare fra le 15 nazioni solo la Spagna, nel 2007, ha riservato alla sanità una quota leggermente inferiore di risorse rispetto all'Italia). Questa posizione dell'Italia è stata costante durante il periodo 2002-2007.

Una sintesi dei risultati di questo studio è riportata in tabella 1.

Specificità italiana

Tuttavia, nonostante il sistema sia finanziato con risorse inferiori rispetto ad altre nazioni europee, nonostante gli investimenti non sempre lungimiranti e rispondenti a esigenze sa-

nitarie, nonostante l'elevata inefficienza gestionale (molto spesso la logica organizzativa dei servizi è vecchia di oltre 20-30 anni e non permette di accogliere le nuove esigenze e l'utilizzo ottimale delle innovazioni tecnologiche), e nonostante tutte le distorsioni amministrative che quotidianamente leggiamo sui giornali, si è riusciti ad erogare un servizio di buona qualità. Dato riconosciuto e ripetutamente riconfermato sia dall'OCSE che dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO).

Per esempio in Italia l'efficacia gestionale degli eventi acuti è superiore alla media OCSE (dati del 2009, tabella 2).

Mentre per quel che riguarda la prevenzione e/o diagnostica precoce c'è ancora un ampio margine di recupero (tabella 3).

Questo apparente paradosso di buona efficienza clinica, nonostante le poche risorse assegnate, trova la spiegazione nella compressione di tutte le altre spese: mancato ammodernamento strutturale, mantenimento di stipendi bassi anche se in alcune aree il numero dei dipendenti è ridondante, lievitazione del debito verso i fornitori, ecc...

Tabella 1. Spesa per nazione.

Nazione	Spesa procapite 2007 in US \$	Incremento % totale 2007 vs 2002	Incremento % medio annuale (2002-2007) della quota pubblica	Incremento % medio annuale (2002-2007) della quota privata
Austria	3763	+23.1	4.4	3.7
Francia	3601	+23.2	4.1	4.9
Germania	3588	+22.2	3.5	6.4
Grecia	2727	+38.8	7.6	5.6
Italia	2686	+20.8	4.4	2.1
Inghilterra	2992	+36.6	6.9	4.4
Norvegia	4763	+31.3	5.7	4.8
Olanda	3837	+35.4	nd	nd
Spagna	2671	+53.1	9.0	8.5
Svezia	3323	+23.2	4.2	4.6
Svizzera	4417	+20.2	4.3	3
Canada	3895	+35.4	6.4	6
USA	7290	+33.7	6.6	5.5

Tabella 2. Tasso mortalità ospedaliera a 30 gg.

	Italia	Media OCSE
Infarto Miocardico Acuto	3.7%	5.4%
Ictus Ischemico	3.4%	5.2%
Ictus emorragico	17.6%	19.0%

Tabella 3. Anno 2009.

	Italia	Media OCSE
Screening per il tumore al seno	60%	62%
Screening per il tumore al collo dell'utero	39%	61%

Prospettive future

In ogni caso, prescindendo da quanto sopra e considerando gli indirizzi politici, si potrà discutere se le scelte siano dettate da problemi di sostenibilità economica oppure siano scelte politiche, ma è certo che nei prossimi anni il finanziamento del fondo sanitario sarà destinato a ridursi o quantomeno a crescere meno del PIL in un contesto di crescita del PIL negativa.

Questo obbligherà le ASL ad una riduzione sostanziale sia della spesa corrente (personale e materiale di consumo) che degli investimenti (ammodernamento strutturale e aggiornamento tecnologico), richiesta di revisione dei contratti di fornitura di beni e servizi come previsto dalla “*spending review*”, “tagli orizzontali” obbligati dai piani di rientro, blocco del turnover del personale, ecc..

Se questo è lo scenario dei prossimi anni, è evidente che pur invocando dei correttivi per la diversa demografia fra le regioni, il rischio di una contrazione dei servizi e un impoverimento tecnologico è tutt'altro che improbabile.

Allora la domanda centrale intorno a cui gira tutto questo dibattito è: come riorganizzare l'assistenza sanitaria senza compromettere l'offerta e la qualità dei servizi ai cittadini e parallelamente contenere i costi? Cioè trasformare, come dicono gli economisti, un'apparente “sciagura” in un'opportunità e rendere l'organizzazione del sistema sanitario più efficiente e attento alle esigenze reali dell'utenza?

È evidente che ciò sarà possibile solo se si opereranno delle scelte di politica sanitaria coraggiose con l'obiettivo di una riorganizzazione profonda di tutto il sistema.

Non è immaginabile che si possano conseguire gli obiettivi prima menzionati limitandosi ad interventi parziali senza una profonda trasformazione del sistema. La soluzione va cercata in una riorganizzazione complessiva dell'erogazione dell'assistenza e non semplicemente nella riorganizzazione di segmenti e/o di percorsi assistenziali, lasciando intatto il sistema.

A questo proposito demandare alcune risposte agli infermieri soprattutto nei pronto soccorso, sul modello “*see and treat*” oppure l'“organizzazione per intensità di cura” gestita nello stesso nosocomio, ma che non prevede un'osmosi assistenziale con il territorio, rappresentano risposte riorganizzative “razionali” e sicuramente da apportare, ma evidentemente insufficienti. Queste misure non aggrediscono le incongruenze di un sistema sanitario che trova le radici sulle esigenze di salute della popolazione dei primi anni 50 del secolo scorso. Un sistema calibrato per le patologie acute, cioè attivo e operante H24 in attesa dell'evento acuto, e quindi quando le patologie prevalenti erano infettive e/o traumatiche in una popolazione giovane.

Oggi, con l'invecchiamento della popolazione e l'enorme prevalenza di patologie cronico-degenerative, questo modello organizzativo non ha senso.

Da una parte genera costi crescenti e insoddisfazione e, dall'altra, le risposte spesso non sono tecnicamente adeguate.

L'organizzazione per “intensità di cura” se non prevede la un'integrazione assistenziale fra ospedale e territorio, contribuisce a mantenere la centralità dell'ospedale come sede di erogazione dell'assistenza (anche se stratificata su 10 livelli) e quindi non si previene la riacutizzazione ma la si insegue con un modello organizzativo estremamente costoso e inefficiente.

Lo stesso dicasi per il modello “*see and treat*”, proposto soprattutto per la gestione dei pronto soccorso, il problema non è diversificare l'azione delle figure professionali o ridurre il carico

di lavoro del medico; il vero obiettivo è dare risposte adeguate e tempestive sul territorio e non dover ricorrere al pronto soccorso.

Curare meglio a costi minori

Qual è allora la strategia che permette di migliorare l'assistenza e parallelamente ridurre i costi e quindi renderla compatibile con la riduzione del finanziamento al sistema sanitario:

A. Potenziare gli investimenti sulla prevenzione delle riacutizzazioni e sull'assistenza domiciliare sia medica ma soprattutto infermieristica.

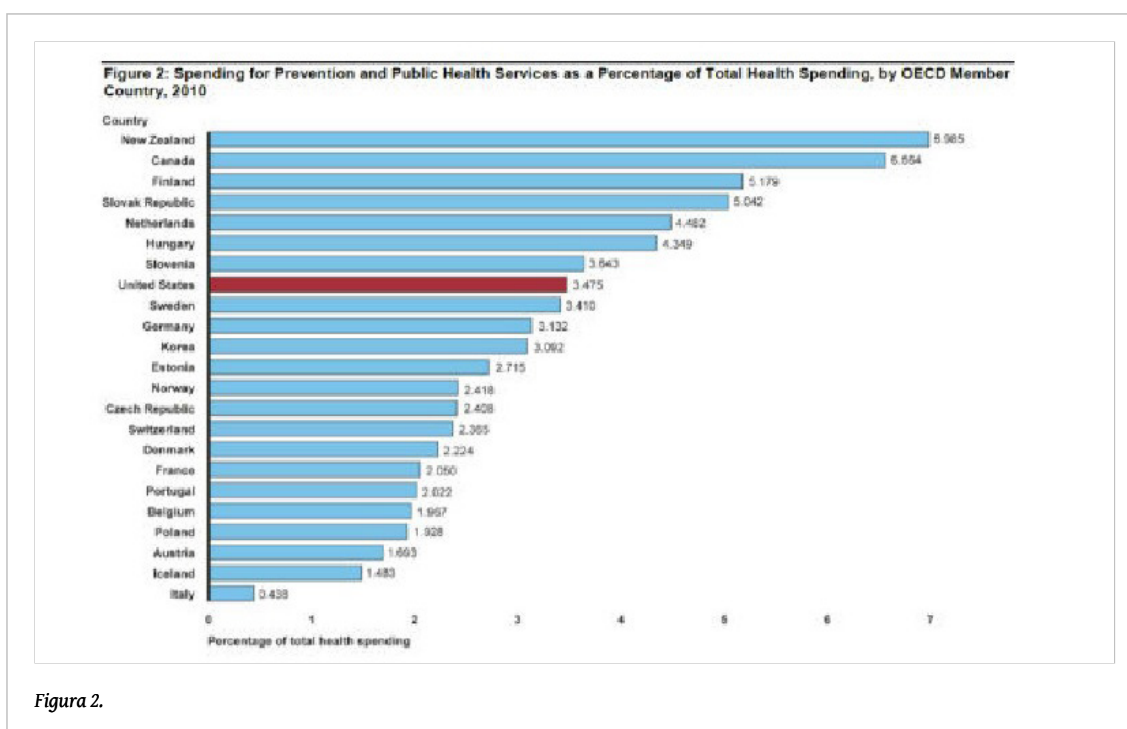
In questo contesto (assistenza domiciliare come epicentro dell'assistenza al paziente cronico), investire nella professionalità infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale sul modello "see and treat", oppure l'estensione H24 dell'orario dei medici di MMG (comprese le visite domiciliari) acquista un senso progettuale. In altri termini un servizio territoriale medico/infermieristico che eviti la necessità di ricorrere all'ospedale, valorizzando come indicatore di efficienza la riduzione del numero di assistiti che si rivolge al pronto soccorso.

Purtroppo, quanto il problema della prevenzione sia sentito oggi in Italia lo rivela una recente indagine OCSE (figura 2).

Questa figura riporta la quota destinata alla prevenzione in % rispetto alla spesa sanitaria totale. Come si può vedere l'Italia investe lo 0.4% in prevenzione mentre la Corea investe il 3.1%.

B. Accelerare lo sviluppo delle "reti di patologia", costruire dipartimenti sovra-aziendali con ampi bacini d'utenza e obiettivi strategici chiaramente definiti e misurabili, coordinamento sovra-aziendale dei distretti e delle cure primarie.

Il dipartimento di cure primarie deve diventare uno dei perni fondamentali di erogazione e controllo dell'assistenza sanitaria. Deve costituire un ambito dove l'utenza trova risposte efficaci ed efficienti, in una rete assistenziale territoriale polispecialistica coordinata dal MMG, che guida i pazienti in un percorso assistenziale con momenti di valutazione mul-



tidimensionali. Questi debbono diventare luoghi di relazioni fiduciarie tra pazienti e professionisti, dove il paziente viene direttamente coinvolto a svolgere un ruolo attivo non solo nelle decisioni riguardanti la propria salute ma anche a svolgere un ruolo proattivo nell'articolazione del percorso terapeutico.

Per quanto riguarda la razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera, il recente decreto del Ministro Balduzzi sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera..." è sicuramente una buona base di partenza per iniziare una discussione sulla riorganizzazione della rete ospedaliera. Non è immaginabile che si possano mantenere decine di piccoli ospedali che soddisfano molte domande tranne quella di salute. Molto spesso luoghi pericolosi dove non andrebbe nessuno a curarsi. Allo stesso modo non è più sostenibile una stridente asimmetria di allocazione di risorse fra diverse regioni o ancora peggio nell'ambito della stessa regione.

Fuori dagli interessi di "bottega" bisogna ridurre i posti letto per acuti e aumentare i posti letto per la cronicità; mantenere negli ospedali solo posti letto destinati alle alte specialità e spostare fuori dagli ospedali tutti i reparti a medio-bassa intensità assistenziale.

C. Semplificazione dell'apparato amministrativo e razionalizzazione delle spese di gestione (cioè le spese comuni o "overhead").

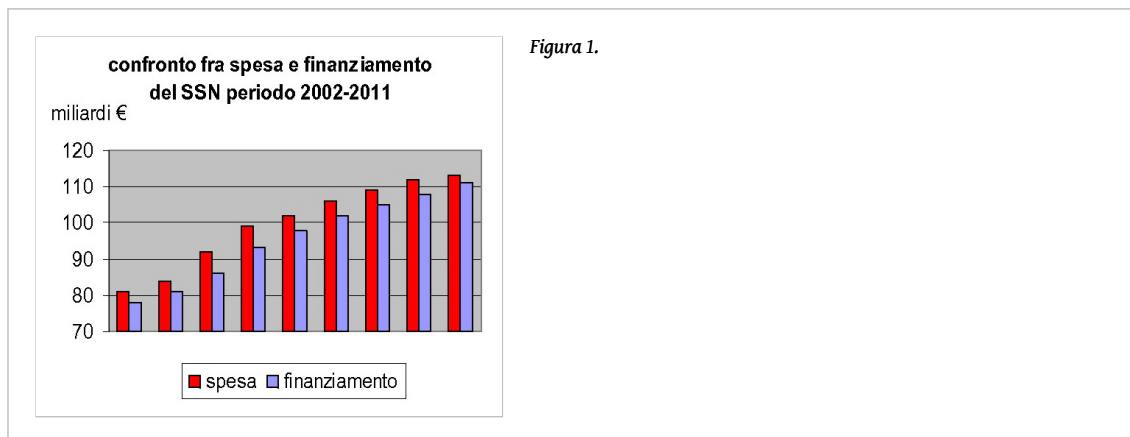
Nella lotta agli sprechi questa è veramente una voce importante e con un ampio margine di recupero economico. Essa è espressione dell'efficienza amministrativa delle aziende sanitarie e attualmente assorbe circa il 25-30% della spesa globale. È immaginabile che una azienda possa generare utili se per la sua attività amministrativa spende il 30% del valore economico della sua attività?

Parallelamente, la semplificazione dei centri di spesa e la gestione centralizzata degli acquisti di beni e servizi può realizzare evidenti ed importanti economie di scala. Ovviamente, la centralizzazione degli acquisti non implica di per sé risparmio, prerequisito perché si possano veramente raggiungere gli obiettivi è la costituzione di commissioni tecniche trasparenti e percorsi normati e condivisi.

D. Anche nel modo di lavorare dei medici ci può essere sperpero e quindi spazio di recupero economico. Il medico deve ritrovare come elemento centrale del suo agire una corretta metodologia clinica, riducendo l'eccessiva medicalizzazione – *overdiagnosis* e *overtreatment*.

Un recente *report* dell'IOM (Institute of Medicine statunitense) sottolinea come la sanità, oggi, può essere "vittima dei progressi della scienza". Infatti, la sostenibilità del sistema sanitario può essere minata dalla eccessiva disponibilità di tecnologie sanitarie che, immesse dai produttori sul mercato in numero sempre crescente, aumentano i costi senza produrre benefici. Riappropriarsi di una corretta metodologia clinica che usa gli esami per validare o confutare ipotesi diagnostiche e non la ricerca di una possibile diagnosi tramite l'esame tecnologicamente più complesso e costoso. Non capire l'importanza di questo passaggio vuol dire non controllare razionalmente il processo diagnosi/terapia generando quel circolo perverso dettato dall'ansia del paziente e/o del medico, per cui la disponibilità di tecnologia genera un'amplificazione della domanda senza mai raggiungere un punto di equilibrio.

Valorizzare le condizioni patologiche subcliniche curabili con il cambiamento dello stile di vita. Oggi questo spazio è completamente ignorato, a meno che non venga visto come "fattore di rischio" e quindi come tale medicalizzato. Per cui persone assolutamente asintomatiche vengono classificate malate e meritevoli di trattamento farmacologico. Non è noto il reale beneficio di questo atteggiamento, mentre è sicuramente noto il costo di queste scelte.



E. Una nuova opportunità che potrebbe rivelarsi interessante dal punto di vista del recupero di risorse è lo sviluppo dello spazio “imprenditoriale” delle ASL.

Nel 2003 la Commissione Europea per lo studio sulle disabilità, sottolineava come già allora esistevano più di 20.000 prodotti di tecnologia supportiva, per un valore economico di circa 30 miliardi di €. La stessa Commissione evidenziava come l'invecchiamento della popolazione avrebbe comportato, nell'arco di pochi anni, un'importante crescita della percentuale di disabili. È evidente che partecipare a questo mercato (*assistive technology related products*) con un rapporto di corretta *partnership* fra ospedali e industria potrebbe rappresentare una buona occasione per recuperare risorse.

Così come incentivare il “turismo sanitario” a livello europeo, potrebbe rappresentare una reale opportunità, sia per i pazienti affetti da patologie cronicodegenerative con autonomia limitata che potrebbero fare periodi di vacanza organizzata in località attrezzate dal punto di vista sanitario, sia per gli ospedali italiani, che garantendo l'assistenza sanitaria necessaria, potrebbero assicurarsi adeguate entrate.

Conclusioni

Con gli attuali vincoli di bilancio, è difficile pensare che il nostro SSN possa avere risorse sufficienti per mantenere “tutto a tutti” nell'accezione corrente di questa espressione.

Il sistema va rivisto!

Sta ai “tecnici”, partecipare insieme ai politici, a questo processo riorganizzativo in modo attivo, con proposte coerenti con gli obiettivi, e trasformare l'apparente “sciagura” in opportunità.

Diversamente, inseguendo il miraggio di “risparmi” immediati, amministratori poco accorti potrebbero aprire la porta all'outsourcing anche delle attività considerate “core” della sanità. L'epilogo di queste scelte non può che essere la distruzione di un Servizio Sanitario efficace che ha solo bisogno di essere curato per aumentare l'efficienza.

Bibliografia

[1] Making people sick in the pursuit of health. H. Gilbert Welch, Lisa M. Schwartz, and Steve Woloshin; Beacon Press. Boston, Massachusetts, USA. 2011

[2] Ferguson TB Jr The Institute of Medicine committee report "best care at lower cost: the path to continuously learning health care". Circulation. Cardiovascular quality and outcomes 2012 Nov;5(6):e93-4

[3] OECD Health Data 2009

[4] censis.it

[5] Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2012 Report

[6] Ministero della Salute; Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011