

EDITORIALI

Articolo 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. È proprio così?



Biagio Raffaele Di Iorio¹, Pino Quintaliani²

(1) *Editor In Chief*

(2) *Coordinatore Governo Clinico SIN*

Corrispondenza a: Biagio Di Iorio; Direttore UOC di Nefrologia Ospedale "A. Landolfi", via Melito snc – 83100 - Solofra (AV); Tel: +39 0825 530366; Fax: +39 0825 530360; Mail: br.diiorio@gmail.com

La crisi economica ha avuto ripercussioni sull'equità dell'accesso alle cure che è un obbligo del nostro SSN? Sembrerebbe proprio di sì secondo il [rapporto 2014 dell'Istat](#).

Infatti l'assistenza sanitaria è a rischio in molte regioni, soprattutto al Sud perché le carenze dei servizi a disposizione dei cittadini, sommati ai costi, costringono un paziente su 10 (quota doppia nel Sud) a rinunciare alle cure. Il fortunato film "Benvenuti al Sud" per il capitolo sanità non è veritiero, almeno nel titolo: infatti il processo di rientro dal debito, cui hanno dovuto far fronte numerose Regioni, associato alla difficile congiuntura economica, ha prodotto una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure. Inoltre, anche se ciò è vero per tutte le Regioni italiane, il confronto tra Nord e Sud nella distribuzione del finanziamento mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati. Nelle regioni del mezzogiorno la quota pro-capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro (il minimo è di 1.755 in Campania), mentre in altre aree del Paese supera i 2 mila euro (valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario) proprio in zone in cui la prevalenza di popolazione in cattive condizioni di salute è notevolmente più bassa.

Riportiamo ad esempio il punto di vista di GIMBE impegnato a salvaguardare il SSN: *"Per capire e fronteggiare il problema bisogna acquisire piena consapevolezza che la Sanità è un mercato condizionato dall'offerta, attorno al quale ruotano gli interessi di numerosi attori: Stato, Regioni e Province Autonome, aziende sanitarie pubbliche e private, manager, professionisti sanitari e cittadini, ma anche Università, industria, società scientifiche, ordini e colleghi professionali, sindacati, associazioni di pazienti"*.

Inoltre, *"In questo scenario la combinazione di complessità, incertezze, asimmetrie informative, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni professionali, manageriali e politiche permette a tutti gli attori un tale livello di opportunismo da rendere incontrollabile il sistema. Di conseguenza, una Sanità pubblica, equa e universalistica deve innanzitutto riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei vari stakeholders, rimettendo al centro*

l'obiettivo assegnato al SSN dalla legge 833/78, ovvero promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione".

Attualmente ci troviamo di fronte ad un totale abbandono dei principi enunciati in carta costituzionale e nelle varie leggi che si sono susseguite. Le Regioni che devono far fronte a piani di rientro hanno una situazione "critica" perchè presentano bassi livelli di dotazione di personale sanitario e ricevono un finanziamento inferiore a quello correlato al bisogno (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna).

Tale disparità di finanziamento condiziona anche la qualità percepita dai cittadini e l'accessibilità dell'assistenza. Se, infatti, la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) ha valutato positivamente il servizio sanitario pubblico, con l'attribuzione di punteggi che variano tra 6 e 10 (valutazione stabile rispetto al 2005), il giudizio complessivo nasconde diseguaglianze territoriali che si sono accentuate rispetto a 10 anni fa: nel Nord aumenta la quota dei cittadini che ritiene "molto soddisfacente" l'attività del SSN (quasi il 30% si dichiara molto soddisfatto, con punteggi da 8 a 10), mentre al Sud la quota non raggiunge il 10%. Nel tempo i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei "molto soddisfatti" al Nord e dei "molto insoddisfatti" soprattutto nel Sud. Per esempio, nel Lazio, una delle regioni con un piano di rientro particolarmente oneroso, si registra un netto incremento della quota di insoddisfatti, pari a 8 punti percentuali. Viceversa l'opportunità di avere un elevato livello di soddisfazione, rispetto alla Toscana (presa a riferimento perché simile alla media nazionale), è oltre 4 volte superiore a Bolzano e a Trento e 3 volte in Valle d'Aosta.

L'analisi per Asl consente di valutare nel dettaglio l'elevata eterogeneità territoriale. In alcune Asl, ad esempio quelle di Bolzano e Trento, la quota dei "molto soddisfatti" rappresenta la maggioranza della popolazione adulta (rispettivamente 54,2 e 51,6%), mentre le più basse percentuali si rilevano in alcune Asl della Campania (2,3%) o della Calabria (circa 3%). Vi sono anche regioni con la maggiore eterogeneità come il Piemonte, dove la quota dei "molto soddisfatti" varia nelle Asl dal 14,7 al 43,6%, e la Toscana dove varia dall'8,7 al 32,3%.

Inoltre il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie è un importante indicatore di qualità dell'offerta: il 9,5% della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario per motivi economici o carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi). La presenza di maggiori condizionamenti di questo tipo si concentrano ancora una volta su alcuni soggetti e specifiche aree (nel Nord-Ovest si registra la quota più bassa, circa il 6,2%, di rinuncia per motivi economici o carenza dell'offerta, mentre nel Mezzogiorno la quota è più che doppia).

Gli squilibri allocativi, la contrazione della spesa e le conseguenti difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza possono tradursi, secondo il rapporto Istat, in un aumento della spesa a carico delle famiglie spesso incapaci però a sostenerne il peso economico. Infatti il 46% dei pensionati in Italia (Conferenza situazione INPS di Boeri) - e quindi circa 14 milioni di persone - percepisce una pensione inferiore a 1000 euro (!); si capisce come la situazione sia drammatica per gran parte della popolazione che comprende oltre a questi disoccupati, esodati, inoccupati, chi è in cerca di lavoro ecc.

Tutto questo a fronte di un aumento di spesa del 160% rispetto all'anno precedente [1]. La spesa media di ogni famiglia nel 2014 per consumi destinati alla salute è stata di 109 euro, contro i 95 che si spendevano l'anno precedente. In media nel 2014 ogni famiglia italiana ha speso per servizi sanitari e prodotti per la salute circa 109,45 euro al mese, pari a 1.313,4 euro l'anno. Tali aumenti sono per lo più limitati al Nord, dove evidentemente la disponibilità finanziaria è più elevata.

L'assistenza ai malati cronici ne risulta pesantemente condizionata. A fronte di oltre 14 milioni di malati cronici in Italia (che rappresentano il 24% degli assistiti del SSN) circa il 70 % di essi non può usufruire di programmi di supporto integrato, ovvero servizi e strumenti che possano favorire l'accesso ai farmaci e la gestione ottimale della terapia e delle cure (vedi [XIII Rapporto sulle cronicità di Cittadinanzattiva](#))

Il problema più serio è il fatto che attualmente abbiamo 21 sistemi sanitari con capacità differenti di rispondere anche ai livelli essenziali di assistenza, configurando il paradosso per il quale le regioni in rientro si ritrovino ad offrire meno ai loro cittadini (anche livelli essenziali [2]) e al contempo siano le regioni con il più alto numero di persone indigenti. Della cosa si è anche occupata la Corte dei Conti che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica presentato a Palazzo Giustiniani [3] afferma che il deficit si è dimezzato ma i servizi sono sempre più scadenti. È quindi la Corte dei Conti che sancisce il divario tra costi e prestazioni: se è vero, come è vero, che il deficit è sceso a parità di quota capitaria (quello che lo stato trasferisce alle regioni), vuol dire solo che si è risparmiato sulla pelle dei cittadini.

Da ciò emerge chiaramente che il problema italiano non è la valutazione dei costi (la famosa ed inutile cantilena sulla siringa che costa diversamente nelle diverse aree geografiche del paese, e a cui si potrebbe porre rimedio domani con un buon computer e due bravi statistici ed informatici) ma la qualità delle cure e la loro omogeneità. Quindi è un problema di Diritti dei Cittadini!

Inoltre il mantra che si debba risparmiare è anch'esso spesso inutile e dannoso. La spesa sanitaria italiana è inferiore alla media OCSE sia per PIL che per PPP (vedi Figura 1 e Figura 2), ed inoltre l'Italia sta perdendo terreno in Europa sulla spesa sanitaria allargando il gap fra spesa sanitaria pro-capite italiana e quella dei Paesi Eu14 ad un impressionante -25%.

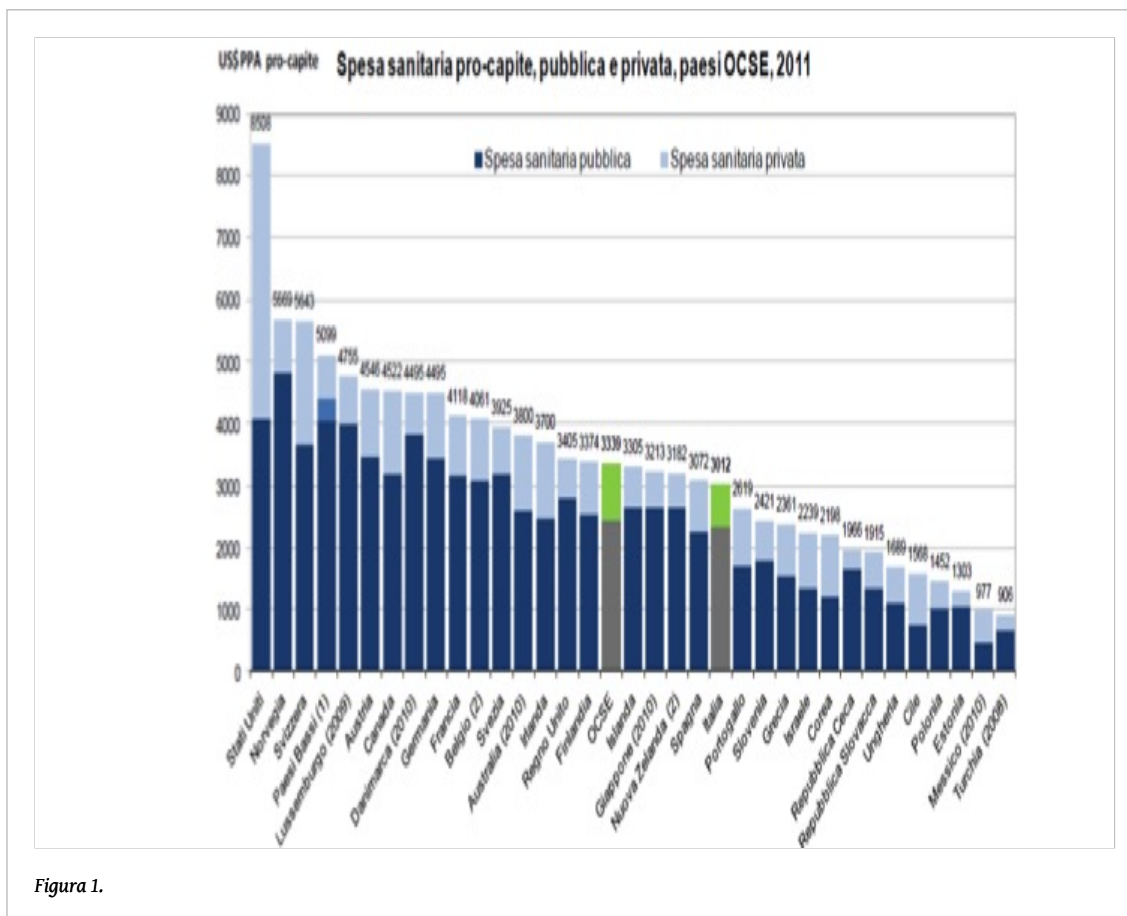


Figura 1.

Tuttavia risparmiare si può e si deve ma a parità di risultati clinici.

E i risparmi possono venire da una serie di settori che non colpiscono cittadini ma che partono dall'analisi degli sprechi. GIMBE individua 6 categorie (Figura 3) che distribuiscono le responsabilità tra professionisti e manager [4].

La cosa più odiosa e sconvolgente è la perdita di denaro per corruzione [5] (attualmente è stata promulgata una legge in grado di contrastarla, ma crediamo che non avremo risultati eclatanti) legata sia agli interessi economici e anche - e forse soprattutto - alla piaga delle raccomandazioni [6] tanto che CENSIS già da anni sottolinea come in Italia si sia carenti di una classe dirigente adeguata a causa delle “appartenenze” [7].

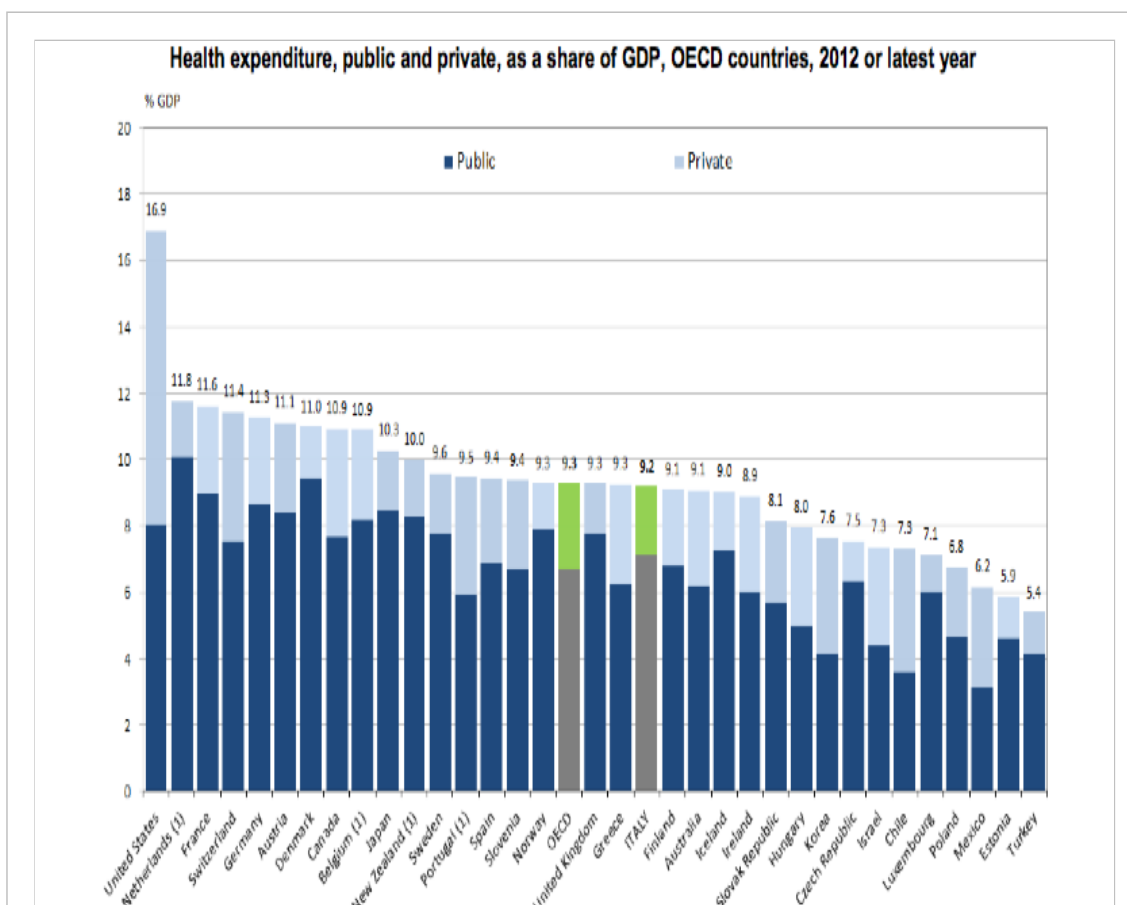


Figura 2.

Categoria sprechi	%	Miliardi di euro ^a	Range (± 20%)
1. Sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati	30	7,69	(6,15 – 9,23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6,15)
3. Acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie e beni/servizi non sanitari	16	4,10	(3,28 – 4,92)
4. Sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	10	2,56	(2,05 – 3,08)

^a25,64 miliardi di euro calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014.

Figura 3.
Impatto degli sprechi sul SSN

Inoltre l'overdiagnosis e overtreatment portano via risorse importanti che potrebbero essere risparmiate se solo si andasse verso l'appropriatezza [8]. La SIN sta facendo uno sforzo anche in questo campo [9] ma è certo che ci occorrono figure di spicco e forte autorevolezza all'interno delle singole realtà per ridurre abitudini inveterate.

Il 17 giugno scorso a Roma, in occasione del convegno 'Il paziente al centro: Soluzioni innovative di Integrated Health Care per il miglioramento della qualità delle cure e la continuità assistenziale dei Centri clinici' (www.quotidianosanita.it) promosso da Domedica (www.domedica.it), ci si è focalizzati su quattro malattie croniche: artrite reumatoide, sclerosi multipla, fibrosi cistica e ipertensione polmonare. Malattie che colpiscono in Italia, con numeri molto diversi tra loro, circa 500.000 persone ma che sono accomunate dalla necessità di cure che, se erogate attraverso programmi di home care, migliorano la qualità di vita, l'adesione alla terapia e riducono i costi per il Ssn.

Se è vero che "artrite reumatoide, sclerosi multipla, fibrosi cistica e ipertensione polmonare evidenziano il bisogno che anche il nostro Paese si attrezzasse per uscire da un modello 'ospedalecentrico' che rischia di collassare, e si creino a livello regionale e locale percorsi virtuosi ospedale-casa-ospedale. Di fronte a questi dati, e alla necessità di far quadrare i conti della spesa sanitaria, i programmi di supporto al paziente con patologie croniche, sul territorio, sono una leva sempre più preziosa da utilizzare da parte degli assessorati regionali alla Salute, dei Centri clinici, delle Asl e degli stessi medici", la Malattia Renale Cronica (MRC) che risposte avrebbe avuto? Sbaglio di molto se dico "per lo meno le stesse", con la differenza che riguardano il 6-7 % della popolazione, non solo 500 mila soggetti. Abbiamo queste risposte? No! Perché programmi di supporto che consistono nello studiare, nel progettare e nell'attuare la cura e la gestione a 360° della MRC grazie a figure nuove come l'Health Care Manager e con un focus sempre presente quale la partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche in nefrologia non ce ne sono.

Il modello di Chronic Care Model è accettato ed auspicato in letteratura e, a parole, in molte realtà; dovrebbe inoltre ridurre l'intervento degli ospedali lasciando la cura primaria alla interconnessione tra un paziente informato e staff sanitari (medici, infermieri, e come detto l'Health Care Manager) riservando gli interventi più complessi alle cure secondarie.

Tuttavia, quando si propone questo ad una Azienda Sanitaria Locale la risposta più benevola è il silenzio se non la considerazione di essere uno zombie.

Eppure l'indagine Domedica-Eurisko, sul poker di malattie prima elencate, su malati, medici e aziende farmaceutiche, per un totale di oltre 2.000 soggetti intervistati ha evidenziato che oltre il 50% dei pazienti è pronto ad entrare attivamente in un programma di supporto di questo tipo; e le aziende farmaceutiche mostrano una sempre maggiore sensibilità e apertura a sostenere iniziative per migliorare l'accesso alle cure e l'appropriatezza terapeutica, che per loro è anche un allargamento del mercato.

In questo ambito anche il ricorso alla IT offre spazi e promesse molto interessanti. Sono numerosi i casi e le sperimentazioni che dimostrano come la cura a distanza, l'uso di SMS, smartphone e di supporti a distanza possano giovare nella cura delle patologie croniche riducendo l'impegno di risorse umane, ma anche in questo caso sono del tutto sporadiche le applicazioni di queste metodologie.

Di fronte alla paura della Balduzzi, i nefrologi possono proporsi in maniera più efficace nella cura del nefropatico?

La risposta è "Sì" se si pensasse a nuovi modelli organizzativi basati sulla "clinical competence" (di cui dovremmo finalmente produrre dati e/o suggerimenti) e modelli agili di "lean organisation"! [10]

La sanità è solo Ospedale-centrica di cui il territorio è un'appendice? La risposta è "No" se non fermassimo la nostra attenzione solo alla carriera!

Tra le categorie degli sprechi abbiamo ricordato l'inadeguato coordinamento dell'assistenza: forse il decreto Balduzzi potrebbe essere visto come un'opportunità per rivedere i coordinamenti, le interconnessioni e, in ultima analisi, ripensare e reingegnerizzare l'assistenza nefrologica.

È del tutto vero infatti che il numero di nefrologi in Italia è il più elevato al mondo (di questo abbiamo discusso in altro editoriale a Gennaio 2015), ma quello che nel mondo moderno fa la differenza è la organizzazione. Il management, quello vero, parte dalla constatazione e misura delle attività e degli outcome per costruire interconnessioni valide e funzionanti. Sono i modelli e le organizzazioni a 360 gradi che fanno funzionare i sistemi complessi. Alla Ferrari non basta avere buoni piloti, ma centinaia di persone che ogni giorno si impegnano intorno al progetto che dev'essere finalizzato. Non basta dire che uno ha molti o pochi meccanici, se non si ha un progetto valido, se non hanno lavorato bene gli ingegneri, se le gomme non sono giuste, se i meteorologi sbagliano previsione, se anche chi pulisce per terra non tiene pulite le piazzole oltre a decine se non centinaia di altri percorsi e procedure. In Italia la collaborazione con i MMG è molto modesta, non risulta che ci siano percorsi condivisi e certificati, per la valutazione della IRC ad esempio. L'invio allo specialista, nonostante le LG sulla IRC dell'ISS licenziate dalla SIN [11] con molte categorie mediche tra cui MMG ed altri, è quasi la norma nei casi di MMG coscienti o tardivo in caso di MMG poco attenti al problema ma raramente è il frutto di collaborazioni attive tra nefrologi e MMG. Anche gli specialisti non nefrologi hanno atteggiamenti diversi nei confronti della IRC: o viene riportata per motivi di convenienza (alto DRG) o ignorata e quindi sconosciuta.

Qualcosa sta cambiando?

Qualcosa, seppur timidamente, sembra muoversi nel panorama politico italiano. Nell'indagine sulla sostenibilità del Ssn [12] vengono affermati alcuni principi assolutamente e completamente condivisibili:

1. Le restrizioni imposte alla sanità pubblica hanno contribuito a contenere in modo significativo la spesa sanitaria, ma stanno producendo effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini;
2. La Commissione ritiene che non sia più rinviabile una revisione dei LEA, in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, in tutte le regioni e in particolare in quelle in Piano di Rientro, innovando nei metodi e nei contenuti, anche in relazione alle nuove evidenze oggi disponibili;
3. La Commissione ritiene opportuno uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance;
4. Molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona;
5. La Commissione ritiene opportuno aprire una fase di verifica e revisione dei percorsi formativi;
6. È indispensabile rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria;
7. L'informatizzazione dei sistemi sanitari e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure;
8. Nonostante la crescente attenzione, il sistema sanitario deve ancora dotarsi, sul piano culturale ed etico – oltre che tecnico-amministrativo, di un insieme organico di stru-

menti volti a promuovere l'integrità del settore, per sua natura particolarmente esposto al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione.

Ultima cosa: al punto 1 si dice che: *"I risparmi conseguibili devono essere destinati allo sviluppo di quei servizi ad oggi ancora fortemente carenti, anche in relazione all'aumento delle patologie cronico-degenerative"*, la IRC è sicuramente una di queste.

Come si vede sono le regioni che poi devono attuare e rendere attive tali proposte, ma forse per questo il modello deve essere rivisto.

Segnaliamo quindi un'iniziativa di GIMBE e fondazione Dossetti che ci sentiamo di condividere [13] [14] per l'abolizione del titolo quinto della costituzione e per l'abbandono delle realtà locali e regionali riguardanti la sanità. La sanità torni ad essere unica ed uguale in tutta l'Italia ma soprattutto per tutti gli italiani.

Bibliografia

[1] Istat: 1.313 euro l'anno a famiglia per farmaci e prestazioni sanitarie. +166 euro rispetto al 2013 Quotidiano sanità 10 luglio 2015

[2] La manovra e i Lea. Da livelli di assistenza "essenziali" a "estinti"? Quotidian Sanità aorlie 2015

[3] Deficit sanitario dimezzato, servizi a rischio: il report della Corte dei conti Giugno 2015

[4] Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN Un approccio sistematico alla riduzione degli sprechi N. Cartabellotta

[5] «Rubati» 236 miliardi al Pil: il costo di evasione e corruzione – Corriere.it Sergio Rizzo 5 luglio 2015

[6] Il «Cencelli» di una banca e del Paese – Il Sole 24 ORE di di Luigi Zingales 01 ottobre 201

[7] L'Italia, uccisa dalle clientele di De Rita del Censis 19 giugno 2012

[8] Moynihan R, Doust J, Henry D et al. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ (Clinical research ed.) 2012 May 28;344:e3502

[9] Per una Nefrologia, giusta, sobria e rispettosa SIN

[10] The Strategy That Will Fix Health Care - Harvard Business Review. Di Michael E. Porter e Thomas H. Lee Ottobre 2013

[11] ISS: linea guida sulla malattia renale cronica

[12] Indagine sulla sostenibilità del Ssn: sì unanime del Senato. Sole 24 ore 20 giugno 2015

[13] Art. 117 Costituzione: la ricetta di Gimbe e Associazione Dossetti Sole24 ore sanità 9 aprile 2015

[14] DIRITTO FONDAMENTALE ALLA TUTELA DELLA SLUTE Renderlo reale è la vera sfida della riforma del Titolo V della Costituzione. Una proposta della Fondazione GIMBE e dell'Associazione Dossetti 27 marzo 2015