



Un Ssn in salute, tra costi e opportunità

Un sistema sanitario d'eccellenza, quello italiano, che però è anche strumento di consenso politico, soprattutto in alcune zone del Paese, a scapito della qualità. Le anomalie del sistema, le preoccupazioni sul futuro e le proposte degli "addetti ai lavori" sono state al centro della discussione durante l'intensa giornata di lavori dell'annuale Forum Meridiano Sanità, "La salute dei Lea. Federalismo, innovazione e risorse", che si è tenuto a Villa D'Este a Cernobbio. Il nostro sistema sanitario universalistico e solidaristico è ottimo e continua a fare invidia a molti Paesi al mondo che, alle prese magari come gli Stati Uniti, con una storica riforma sanitaria, sono ancora basati su business puro e su un sistema di assicurazioni che tutela pochi e trascura molti. Il viceministro Ferruccio Fazio, che ha aperto i lavori del Forum,

ha parlato di «una regionalizzazione della sanità che ha creato un sistema invidiabile nel nostro Paese». Ha però aggiunto che innovazioni, stravolgimenti demografici, tecnologici, politici, istituzionali hanno cambiato radicalmente l'Italia negli ultimi anni, che i Lea devono essere garantiti ovunque e che in futuro può essere a rischio la sostenibilità dell'intero sistema sanitario: «Oggi il 20 per cento della popolazione è costituito da ultrasessantacinquenni e il 40 per cento dei ricoveri riguarda questa fascia della popolazione: se aumenta quel 20 per cento, il sistema è a rischio. La sanità è diventata ospedalocentrica, non potrà più esserlo in futuro: è necessario ridurre gli sprechi per aumentare le risorse. Il 40 per cento degli accessi al Pronto soccorso, per esempio, è costituito da codici verdi e bianchi: questi devono essere evitati».

LE RICETTE DEL VICEMINISTRO

E poi si devono ridurre i posti letto per numero di abitanti, si devono prevedere predimissioni volontarie e una prevenzione gestita sul territorio, vanno rinforzati gli hospice e le terapie riabilitative. E si deve intervenire sugli sprechi in ospedale, gestendoli con la misura degli indicatori, misurando l'appropriatezza dei ricoveri, riducendo quelli impropri - per esempio per scompenso, broncopneumopatia cronica, ipertensione - che possono essere gestiti a livello territoriale. «Va poi regolamentata la diagnostica: si fanno Tac inutili che hanno anche un costo biologico per il paziente; si deve intervenire sulla voce "beni e servizi" perché non ha alcun senso che una siringa in una Asl costi il doppio rispetto a un'altra», ha detto Fazio. È indispensabile poi valutare il personale e anche la *customer satisfaction* e gestire

con appropriatezza le grandi tecnologie, anche con la presenza di un gestore di tutte le macchine dell'ingegneria clinica. E per quel che riguarda i farmaci? «È necessario valutare costi-efficacia nella determinazione della rimborsabilità, si deve fare crescere il mercato dei generici senza penalizzare troppo i brand, va riaperto il tavolo sulla farmaceutica. I margini della distribuzione vanno riallineati a quelli degli altri Paesi e bisogna introdurre meccanismi premianti nell'ambito della farmaceutica ospedaliera». Tagliare i margini della distribuzione? Ancora? E le farmacie? «Stiamo assistendo a un'evoluzione socio-sanitaria delle farmacie, che svolgono oggi tutta una serie di attività e non devono essere boutique», ha concluso il viceministro.

ANATOMIA DI UNA SPESA

Negli Stati Uniti nel 2007 il 16 per cento del Pil è stato destinato alla spesa sanitaria: in Italia questo valore nello stesso anno è stato di 8,7 (6,7 spesa pubblica/Pil + 2,0 spesa privata/Pil). E tra i Paesi Ocse l'Italia è quella con il valore più basso di spesa sanitaria in rapporto al Pil ed è seguita soltanto dalla Spagna. Analizzando la spesa sanitaria pubblica e privata in Italia dal 2000 al 2008 (vedi figura a pagina 30), si vede che il tasso annuo di crescita della prima è del 6,2 per cento, quello della seconda del 2,1 per cento. In totale la spesa sanitaria pubblica e privata nel 2008 è risultata pari a 137.625 milioni di euro. «Al crescere della ricchezza, aumenta la propensione alla crescita della spesa sanitaria», ha spiegato Valerio De Molli, Managing partner dell'European House Ambrosetti, «certo nell'ambito della spesa pubblica se la farmaceutica è ferma o in arretramento, l'assistenza ospedaliera in otto anni è cresciuta del 50 per cento». De Molli ha poi spiegato che i driver dell'evoluzione della spesa sanitaria pubblica sono di ordine demografico - variazione della numerosità della popolazione e della struttura demografica per mix anagrafico e immigrazione - ed economiche - crescita del reddito disponibile ed elasticità della spesa sanitaria pro capite alla crescita del reddito disponibile.

Ci sono poi tutta una serie di componenti esogene non prevedibili e discontinue, come fattori culturali, scoperte scientifi-

Nella splendida cornice di Villa D'Este, a Cernobbio, si è tenuto il Forum Meridiano Sanità, organizzato da The European House Ambrosetti, sui Livelli essenziali di assistenza tra federalismo, innovazioni e risorse

DI LAURA BENFENATI

che, innovazioni tecnologiche, scelte organizzative, politiche di contenimento/investimento. «I profili di età e sesso incidono in maniera significativa sulla spesa e il driver demografico è quello principale: per esempio la spesa sanitaria pubblica pro capite tra i 5 e i 15 anni è stata nel 2008 di circa 550 euro, che diventano 5.000 per gli ottantenni. Nel 2050 un terzo della popolazione sarà costituito da ultrasessantacinquenni: se non ci saranno modifiche la spesa sanitaria pubblica sarà il 9,44 del Pil, pari a 265 miliardi di euro contro i 108 di oggi», ha spiegato De Molli.

E cosa si può fare allora per rallentare questa inesorabile tendenza all'aumento della spesa? Investire in prevenzione, per esempio, perché esiste una relazione inversa tra spesa in prevenzione e spese terapeutiche: si è visto che in cinque grandi Paesi (Canada, Olanda, Spagna, Usa e Francia) un incremento dell'1 per cento del rapporto spese in prevenzione/spesa sanitaria ha determinato una riduzione del 3 per cento del rapporto spese terapeutiche/spesa sanitaria.

VARIABILITÀ REGIONALE

La regionalizzazione ha però effetti a macchia di leopardo sulla prevenzione, basti pensare allo screening mammografico che registra una grande variabilità regionale: al Nord e al Centro circa tre donne su quattro hanno ricevuto l'invito a sottoporsi alla mammografia, mentre nel Sud e nelle Isole soltanto una su quattro.

Per quel che riguarda invece il programma di screening coloretale, al 2007 solo 12 Regioni ne disponevano e, a eccezione di Campania e Basilicata (che tra l'altro lo ha interrotto), le Regioni del Sud risultavano scoperte. «È auspicabile promuovere maggior uniformità sul territorio nazionale, sia nell'estensione, sia soprattutto nell'adesione ai programmi di scree-

ning. Le Regioni più in ritardo dovrebbero impegnarsi per conseguire gli obiettivi annuali stabiliti in fase di programmazione», ha spiegato De Molli.

Per valutare il livello di variabilità regionale è stata realizzata un'analisi anche sulle vaccinazioni raccomandate introdotte dal Pnv 2005-2007: antivaricella, antimeningococco tipo C, antipneumococco coniugato eptavalente e su un vaccino di recente introduzione (primo gennaio 2008), l'antipapilloma virus (Hpv). L'analisi ha permesso di evidenziare situazioni regionali fortemente variegata in termini di ampiezza e composizione della popolazione target e di politiche di compartecipazione della spesa. «Una maggior armonizzazione degli approcci regionali è quindi oggi più che mai necessaria, quello sanitario è uno dei settori più influenzati dal federalismo fiscale (la spesa per la sanità è pari in media all'83,4 dei bilanci regionali), e serve un coraggioso piano di riconfigurazione nelle Regioni del Sud, puntando all'efficienza e alla qualità e investendo in capitale umano e tecnologico», ha concluso De Molli.

Tre sono le priorità: l'adozione dei nuovi Lea, l'accelerazione del processo di riequilibrio tra assistenza primaria e assistenza ospedaliera e, infine, smetterla di considerare i settori che compongono la sanità - primo tra tutti quello farmaceutico - soltanto come *cash flow*: sono invece strategici per il Paese in quanto apportano ricerca, innovazione e occupazione qualificata.

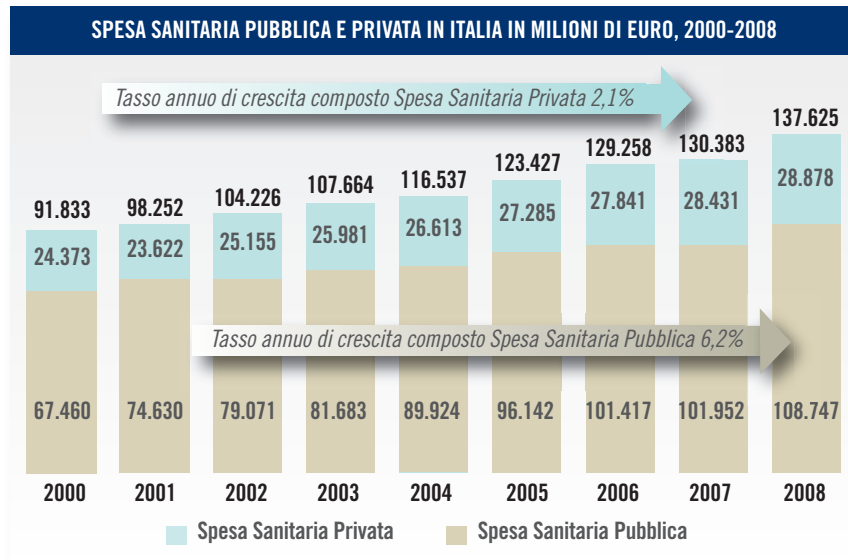
PROGRAMMAZIONE SANITARIA, NON FINANZIARIA

Il rischio che si sta correndo, e che ha messo bene in evidenza Carlo Lucchina, direttore generale della Sanità della Regione Lombardia, è che esagerando nella tenuta dei costi si metta a rischio la qualità delle prestazioni e i livelli essenziali di as-

sistenza. La difficile ricerca di un equilibrio tra costo e opportunità passa attraverso la verifica accurata del tipo di beneficio che può fornire una nuova cura diagnostica o farmacologica: «Quel nuovo farmaco dà due anni di aspettativa di vita all'80 per cento dei pazienti oppure 8 settimane al 20 per cento? Se immaginiamo che il diritto alla salute sia costituzionale, dobbiamo garantire serietà, trasparenza, professionalità, ne va dell'autorevolezza. E nel sistema lombardo abbiamo visto che questo sistema funziona: gli interventi salvavita come la dialisi, la chirurgia oncologica o cardiocerebrovascolare non sono soggetti a vincoli di risorse, a pre-determinazione economica. Una programmazione degna di questo nome deve essere di carattere prima di tutto sanitario. Constatiamo invece con amarezza che nel Patto della Salute c'è una programmazione poco sanitaria e molto finanziaria», ha detto Lucchina.

«Il Patto della Salute è stato uno scambio di soldi in cambio di regole», ha aggiunto l'assessore alle Risorse, alle Finanze e ai Rapporti istituzionali della Regione Lombardia Romano Colozzi. «È stata una trattativa dura, per ottenere le risorse le Regioni hanno accettato regole pesantissime: sono previste ingenti sanzioni e molti livelli di responsabilità. Era il prezzo da pagare per tenere insieme il sistema ma nell'amministratore questo porterà a concentrarsi troppo sui costi».

Della necessità di una programmazione strategica invece di una gestione continua delle emergenze ha parlato anche il presidente di Farmindustria, Sergio Dompé: «Il nostro Servizio sanitario è unico ma mancano scenari coerenti. La politica deve prendersi le proprie responsabilità: dopo le regionali abbiamo davanti tre anni senza elezioni e le nostre industrie hanno bisogno di certezze, perché garantiscono un patrimonio d'innovazione che è un valore per il malato ma anche un investimento per l'Ssn. Oggi occorre una politica farmaceutica differente: la spesa territoriale è in decremento e si continua a colpire sempre solo questo settore. Non possiamo dimenticare che un giorno di ricovero ospedaliero corrisponde a quasi tre anni di assistenza farmaceutica e un euro speso per vaccini a 24 spesi per curare chi si ammala».



Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2008

Il nostro Servizio sanitario è troppo autoreferenziale e provinciale e le soluzioni si possono trovare fuori, non soltanto al suo interno: «Il sistema non soffre soltanto di inefficienza e inappropriata, il grande problema è la responsabilità. È sostenibile tutto ciò per cui siamo disposti a pagare», ha spiegato Federico Spandonaro, responsabile del Ceis-Sanità, il Centro di economia e management sanitario dell'Università di Roma "Tor Vergata". «Rispetto ad altri Paesi abbiamo meno risorse, siamo meno ricchi: non si può continuare a pensare, nel rapporto spesa sanitaria/ Pil, di agire soltanto sul numeratore, bisogna far crescere anche il denominatore. Possiamo pensare di garantire tutto quello che viene garantito, per esempio, in Francia e Germania, con il 20 per cento in meno di risorse di cui noi disponiamo? In Germania spendono per la sanità l'11 per cento del Pil ma sono i più grandi esportatori di dispositivi medici. Il costo dei medici di medicina generale, per esempio, è in Italia nella media rispetto a quello di altri Paesi europei e gli infermieri costano addirittura meno. Cosa si può fare allora? Aumentare la contribuzione collettiva al Ssn attraverso l'incremento della pressione fiscale, aumentare la spesa privata a carico del cittadino, promuovere forme di assistenza integrativa». Se si vuole di più, quindi, si deve pagare di più. È senza dubbio necessario eliminare le inefficienze ma anche aumentare le risorse

del sistema, per garantire la sua tenuta. E, inoltre, la sanità può essere vissuta solo come un costo, cioè una parte del Pil è assorbita dalla sanità per funzionare, oppure come un investimento economico e sociale: il sistema sanitario si fa promotore di salute ed è un fattore di sviluppo economico: «Il Servizio sanitario deve rappresentare una grande opportunità industriale: se il Pil continua a essere questo, saremo destinati ad avere la sanità di un Paese più povero degli altri», ha concluso Spandonaro.

LA PAROLA AI POLITICI

Elio Guzzanti, da poco nominato commissario alla sanità della Regione Lazio, ha posto l'accento sui bisogni reali: «I farmaci hanno rivoluzionato la possibilità di curare le patologie nella seconda parte del secolo scorso: fino al 1996 con l'Aids si avevano 19 mesi di aspettativa di vita, oggi ci sono a disposizione 70 molecole. Sono necessarie ricerche di efficacia comparativa, ci si deve domandare se la ripartizione del Fondo sanitario oggi è fatta in modo equo, se si tiene conto del numero di anziani, per esempio, o dei disabili in una singola Regione. Il punto essenziale è definire quali sono i bisogni, che sono sempre supportati dall'epidemiologia». A volte però gli interventi più efficaci e risolutivi hanno prezzi politici che nessuno è disposto a sopportare. Del resto, ha ricordato il sottosegretario all'Economia e

alle Finanze Luigi Casero, in passato il nostro sistema farmaceutico prevedeva addirittura premi per vendere... «Eliminiamo le anomalie, il Tesoro taglierà sempre di più i fondi, è necessario essere consapevoli che sono limitati».

Le conclusioni della giornata sono state lasciate a Renato Brunetta, ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, che ha garantito che si sta facendo di tutto e di più per arrivare a condizioni di efficienza e di organizzazione migliori nella produzione di beni e servizi pubblici: «È necessaria una brutale semplificazione. Va bene il federalismo ma se non è sottoposto a sanzioni rischia di diventare una valvola opportunistica. Oggi ci sono tre Italie, tre gruppi di Regioni: quelle con bassa qualità ed elevato scostamento dai costi standard, quelle con qualità elevata ed elevato scostamento dai costi standard e quelle con

qualità elevata e basso scostamento. Finora ci si è concentrati molto sull'offerta e poco sulla domanda: la domanda sono i clienti, non gli utenti». Brunetta ha proseguito parlando di una sanità utilizzata come luogo di consenso politico, di truffe, di grande devianza: «Oggi la sanità viene usata per offrire posti di lavoro, ma l'obiettivo d'ora in avanti deve essere invece la soddisfazione dei clienti». E allora via al taglio negli ospedali, perché anche se si rischia di perdere il consenso e quindi le elezioni, si vince sul lungo periodo. E poi trasparenza: si pubblicheranno i curriculum degli operatori sanitari, rivalorizzando il rapporto medico-paziente: «Il cittadino può e deve far saltare il dirigente inefficiente e entro il 2010 ci sarà la prescrizione medica on line, che consentirà vantaggi inimmaginabili per la prevenzione di abusi. Usciamo dall'autarchia: la trasparenza sarà d'ora in avan-

ti la funzione fondante del sistema sanitario pubblico. Una sanità efficiente produce libertà e anche consenso».

Un grande discorso, senza dubbio condivisibile, molto d'effetto, che alimenta speranze. All'inizio della giornata però, nonostante il presidente Dompé avesse ribadito che la farmaceutica non può essere sempre l'unico comparto nel mirino, il viceministro Fazio aveva parlato ancora di "tagli alla distribuzione" (il famoso 3 per cento?). E il senatore Tomassini, interrogato sulla questione, ha ribadito che è meglio che i farmacisti cambino in fretta sistema di remunerazione.

Di nuovo la farmaceutica virtuosa utilizzata come bancomat? Per costruire una "sanità efficiente che produce libertà e anche consenso" l'ennesimo accenno alla politica dei tagli, soprattutto in ambiti in cui le cose funzionano, rende difficile essere ottimisti.

