

ADDENDUM 14

La spesa sanitaria in Italia, oggi

In tutte le nazioni la spesa sanitaria tende continuamente ad aumentare per due gruppi di motivi:

- 1) motivi fisiologici legati prevalentemente alla crescente età media della popolazione e alla tumultuosa innovazione tecnologica
- 2) motivi patologici. Su questi ultimi, con riferimento all'Italia, si concentra il seguente scritto.

Le strutture pubbliche e private sono rimborsate a prestazione dalle regioni, che fungono da terzo pagante. Esse peraltro non hanno mai calcolato bene il fabbisogno sanitario nei loro territori così che, invece di usare lo strumento dell'accreditamento per ammettere al finanziamento regionale solo le strutture migliori in numero ottimale, hanno accreditato secondo criteri prevalentemente politici anziché tecnici.

In secondo luogo lo Stato non ha ben definito i LEA in primari, o essenziali, e secondari; né ha definito i minimi di quantità, qualità e costo che le regioni devono rispettare su tutto il territorio nazionale. Come conseguenza lo Stato non misura la quantità, la qualità e i costi delle prestazioni erogate e non applica quindi eventuali misure correttive.

Tutto quanto sopra ha contribuito a generare sprechi che sembrano raggiungere il 30% della spesa sanitaria.

Per rimediare a queste patologie i provvedimenti dovrebbero essere strutturali, come elencato di seguito.

1. Lo Stato, tramite un'organizzazione terza competente, deve definire gli standard di quantità, qualità e costo, che le regioni devono assicurare in ogni area del Paese (come peraltro previsto nella legge finanziaria per il 2003 ma rimasto lettera morta). Ciò presuppone che si misuri la situazione attuale: per la quantità delle singole prestazioni il metodo pubblicato da Marco Campari (*La variabilità dei consumi. Salute e territorio*, 2007, integralmente riprodotto nella pubblicazione di G. Sirchia: *Spunti per una sanità migliore*, Piccin editore, Padova; 2011 – www.girolamosirchia.org), con successiva definizione dei livelli minimi; per la qualità utilizzando alcuni indicatori come quelli inglesi o americani; per i costi tramite alcuni semplici parametri classici. A seguire devono essere definiti gli standard che l'Italia vuole darsi; questi standard devono essere recepiti dalle regioni e il loro raggiungimento verificato con ispezioni sistematiche di parte terza.

2. Lo Stato deve definire i LEA che intende rimborsare del tutto, quelli che vuole rimborsare in parte e quelli che non vuole rimborsare. Ad esempio, le patologie che conseguono ad attività sportiva o ludica potrebbero non essere rimborsate: se desiderato dal cittadino, vi potrebbero provvedere le assicurazioni private a condizione che queste fossero sottoposte a rigido controllo da parte dello Stato. Le stesse assicurazioni private potrebbero intervenire anche sui LEA rimborsati parzialmente, cioè quelli ritenuti non indispensabili per la salute dei cittadini o non appropriati.
3. Le regioni devono accreditare solo le strutture minime necessarie ad assicurare il numero standard di prestazioni e la qualità di queste ultime, verificando con ispezioni sistematiche di parte terza il mantenimento di tali caratteristiche nel tempo. A questo proposito ritengo sia anche indispensabile il controllo sistematico sull'operato dei medici territoriali e delle strutture da loro gestite con particolare riferimento all'accesso, al trattamento dei pazienti cronici e di quelli dimessi dagli ospedali che, se non seguiti adeguatamente, vanno incontro a recidive e complicanze, ricoveri ripetuti con addizionali costi che potrebbero essere evitati.
4. Ritengo indispensabile ripristinare la distinzione fra ospedali locali (a bassa intensità di cura) e ospedali di riferimento (ad alta intensità di cura), che però devono concentrare le casistiche così da evitare inutili doppioni; essere cioè in numero minimo indispensabile ma fortemente dotati di uomini e di mezzi. Il personale in queste strutture dovrebbe essere remunerato più di quello che opera negli ospedali locali proprio per il maggior impegno che esso deve dedicare all'aggiornamento, all'insegnamento e alla ricerca. Inoltre, deve essere gerarchizzato ripristinando la figura del direttore, aiuti e assistenti.
5. Gli ospedali di riferimento devono essere trasformati in fondazioni di diritto privato e devono essere la prevalente forza sia della ricerca biomedica sia di quella sanitaria, intesa come quella che deve migliorare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari erogati. Alcuni esempi di quest'ultima sono:
 - a) La delega dell'amministrazione ospedaliera ai dipartimenti per il raggiungimento di una quantità e qualità dei servizi erogati a fronte di un prenegotiativo quantitativo di risorse, conferendo contestualmente al dipartimento, oltre alle responsabilità del raggiungimento dei risultati, i poteri necessari a conseguirli.
 - b) La configurazione della Casa della salute per i malati cronici, adulti e bambini, meglio se annessa all'ospedale locale ma gestita da medici territoriali.
6. Ci sono infine quattro ultime importanti iniziative da considerare.
 - a. La ASL deve trasformarsi in uno strumento di governo di una rete di strutture a decrescente intensità di cura (dall'ospedale zonale alla RSA alla Casa della salute, al paziente e al suo domicilio), rendendo solidale l'operatività del personale che deve ricevere premio o penalità in base ai risultati raggiunti,

- intesi come indicatori di salute dei cittadini serviti, dell'accesso alle cure, dei reclami, del confronto con altre ASL, ecc.
- b. Il conflitto annoso Ospedale Università va eliminato alla base affidando l'insegnamento clinico a primari ospedalieri a contratto (professori associati) coordinati dal professore universitario in cattedra, che così coordina ma non opera nel campo assistenziale. Due carriere diverse, con ruoli diversi, senza interferenze e prevaricazioni.
 - c. Bisogna estromettere del tutto la politica dalla sanità cominciando a ripristinare le idoneità nazionali, gli albi nazionali, i concorsi nazionali, realizzati da organismi tecnici con strumenti moderni e trasparenti. Così ad esempio le Regioni e gli Ospedali avranno la facoltà di scegliere i Direttori Generali o i Primari attingendo ad una cinquina di nomi seguendo la graduatoria di merito.
 - d. Dobbiamo sempre ricordare che i comportamenti dei cittadini possono e devono essere modificati. E' compito dello Stato investire pesantemente nel marketing sociale e nei suoi strumenti più efficaci, che sappiamo capaci di migliorare fra l'altro la conoscenza e l'uso del servizio sanitario nazionale, l'adozione di stili di vita salutari e la promozione della salute, l'uso corretto dei farmaci, la prevenzione, ecc. Questo potente strumento è negletto nella sanità italiana con il risultato che gran parte della nostra gente non conosce i modi più idonei per prevenire le malattie e per utilizzare al meglio il servizio sanitario.

Conclusioni

Se la spesa sanitaria in Italia è insostenibile (pur rappresentando il 7% circa del PIL e quindi agli ultimi posti dei Paesi avanzati) non è con interventi sulla coda dei fenomeni che derivano da cattiva organizzazione e gestione che si può sperare di porvi rimedio. Solo eliminando i costi della non-qualità si può sperare di contenere l'aumento della spesa, ben sapendo peraltro che questa ha un aumento fisiologico che non può essere del tutto compresso, a meno di degradare il Paese ad un livello inferiore e di doversi confrontare con un malcontento popolare assai pericoloso. Va infine sempre ricordato che il servizio sanitario è un motore economico di sviluppo che produce salute e benessere e la salute a sua volta influisce positivamente sulla capacità lavorativa dei cittadini.

Girolamo Sirchia

Roma, 11 dicembre 2012