

ADDENDUM 1

COME CONTENERE E QUALIFICARE LA SPESA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: ALCUNE INIZIATIVE

GIROLAMO SIRCHIA

- ✓ Alcuni eventi morbosì (traumi da sport, auto, moto, etc.) o di interesse medico-legale (Assicurazioni) potrebbero essere coperti da Assicurazioni controllate dallo Stato e non dal Servizio Sanitario Nazionale (l'incidenza di trauma cerebrale da sport è 3/1000 abitanti in USA nel 2009 – JAMA 7 dicembre 2011, p. 2318). Ciò contribuirebbe a potenziare le Assicurazioni private di malattia riducendo le spese del Servizio Sanitario Nazionale.
- ✓ Alcuni suggeriscono di:
 - a) definire chiaramente la gestione del paziente in Ospedale, che deve essere responsabilità di un Primario Medico, che coordina un *team* multiprofessionale dedicato operante in un ambito dedicato (*Provonost PJ, Marsteller JA – A physician management infrastructure. JAMA 305*, 500-1, 2011) e di ottimizzare il numero e il tipo di Ospedali (*Smallwood JA – We must reconfigure healthcare providers. BMJ 343*, 1260, 2011)
 - b) ridurre all'essenziale i servizi accessori negli Ospedali (pasti, letti, ecc.) rendendo disponibili a pagamento servizi più costosi (modello *Ryanair*, vedi *MacAuley D. If Ryanair ran the NHS – BMJ 343*, 1254, 2011) e
 - c) riordinare la medicina territoriale in modo che i servizi del Medico Generalista attraverso la cooperazione di più medici siano più ampi (aggiungendo ad esempio gli esami ematochimici più semplici, l'elettrocardiografia e l'ecografia), disponibili almeno 16 ore al giorno e facciano parte di una rete collaborativa di medici e strutture diverse, analoga alla ACO (*Accountable Care Organization*) in USA (www.cms.gov/ACO) e basata sui gruppi collaborativi di cura (*O'Malley PG – Collaborative Care and the Medical Home: a good match. Arch. Int. Med. 171*, 1428-29, 2011). E' inoltre consigliabile che i Medici Generalisti lavorino part-time in ambito ospedaliero ai fini del loro aggiornamento.
 - d) Molto urgente è infine organizzare la gestione dei pazienti cronici (*chronic disease management*). In Italia questa è assai carente, e si nota in particolare dopo la dimissione dei pazienti dall'Ospedale. E' giusto che il paziente venga riaffidato al medico generalista, ma non si può pretendere che quest'ultimo sia un esperto in ogni ambito della medicina. E' quindi indispensabile che lo specialista continui a gestire il paziente insieme al generalista, supervisionando il percorso di diagnosi e cura e suggerendo gli interventi più adeguati. La collaborazione tra i medici dovrebbe iniziare già prima della dimissione e dovrebbe prevedere un colloquio (non solo una nota di epicrisi) tra lo specialista e il generalista per redigere un piano terapeutico individuale del paziente, comprensivo dei controlli periodici. Il piano dovrebbe anche prevedere i solleciti telefonici per gli appuntamenti programmati a cura di un infermiere responsabile (*case manager*) operante nell'ambito ove il generalista esercita la sua professione. Solo questo tipo di collaborazione consente una adeguata gestione del paziente cronico, che altrimenti, lasciato a se stesso, va incontro inevitabilmente ad un più rapido peggioramento della sua patologia. Si pensi ad esempio come una ipertensione non ben controllata può compromettere la vita di un paziente dimesso dall'ospedale dopo un ictus ischemico.

- ✓ Prevenzione delle malattie croniche e miglior organizzazione dell'assistenza⁹. Tra gli strumenti per affrontare meglio l'invecchiamento della popolazione, i seguenti:
 - a) miglior prevenzione primaria e precoce (fumo e alimentazione, grassi trans, attività fisica¹⁰, sovrappeso¹¹, cadute nell'anziano¹²);
 - b) Affidare al geriatra (meglio in un reparto di geriatria con personale adeguatamente preparato) la valutazione e il coordinamento delle cure degli anziani ricoverati in ospedale o afferenti agli ambulatori (*Ellis G et al - Comprehensive geriatric assessment in emergency admission - BMJ 343*, 1034, 2011 e *BMJ 343*, 1029-30, 2011 - Editoriale);
 - c) telemedicina per i cronici a casa;
 - d) evitare la frammentazione del finanziamento (sanitario diviso dal sociale) [1^a Conferenza della Commissione Europea, maggio 2011 - *BMJ 343*, 53-54, 2011 (vedi anche pp 62-63)].
- ✓ Diversi Stati hanno deciso una franchigia per tutte le prestazioni sanitarie (ticket) incluso il Medico di Medicina Generale, i test diagnostici ed i farmaci proprietari, magari per redditi superiori a 20.000 €/anno.
- ✓ Ridurre gli sprechi (**vedi** *BMJ* 4/6/2011, *JAMA* luglio-agosto 2011 e all. *Porter p. 11, 12*):
 - a) ridurre gli errori sia in reparto che in ambulatorio (*JAMA 306*, 2504, 2011);
 - b) ridurre le cause della medicina difensiva (responsabilità del medico¹); è stato rilevato ad esempio che circa 1/3 della spesa per bioimmagine in ortopedia è effettuata dagli ortopedici USA per evitare l'accusa di negligenza e la relativa richiesta di danni. (*Roehr B, BMJ*, 19 feb 2011, p. 404);
 - c) potenziare l'uso di farmaci generici e controllarne i costi e la qualità;
 - d) potenziare l'educazione sanitaria e l'adozione di stili di vita salutari, concentrandone la responsabilità al Ministero della Salute.

Secondo le nuove Linee Guida etiche dell'*American College of Physicians*, visto che:

 - 1) la società non può permettersi di offrire ai pazienti accessi illimitati (e scelte illimitate) al Servizio Sanitario;
 - 2) vi sono inoltre sprechi consistenti sotto forma di:
 - non aderenza alle Linee Guida
 - variabilità elevate nelle modalità di cura
 - errori prevenibili
 - ospedalizzazioni non necessarie,

i medici devono assumersi l'onore e l'onere di erogare "cure parsimoniose", che operino per il bene del paziente e della società, intesi anche come risorse economiche provenienti dalle tasche dei contribuenti (*Neumann PJ - What we talk about when we talk about health care costs. NEJM 366*, 585-86, 2012).
- ✓ Applicare accise significative a prodotti quali tabacco², alcool³, bibite zuccherate⁴, grassi saturi e trans⁵), incentivando nel contempo l'uso di fibre alimentari (verdura e frutta)⁶.
- ✓ Attivare aziende sanitarie costituite da reti di erogatori di servizi a crescente intensità di cura con un pagamento al personale (compresi i Medici Generalisti) che prevede anche la voce quantità e qualità delle prestazioni erogate oltre che il bilancio della rete – azienda (funzione variabile). La rete – azienda (analogia alla ACO statunitense) deve essere libera di scegliere e cambiare i *partners*. E' importante che la convenzione con la ASL dei singoli Medici Generalisti venga sottoposta a rinnovo ogni 5 anni in base ad una valutazione sistematica di performance (quantità, qualità oggettiva e percepita e costi del servizio erogato) ad opera di medici ispettori della ASL. Anche la ricettazione va migliorata prevenendo gli abusi; ciò può essere fatto con la formula "1 ricetta 1 fustella" e tramite valutazione delle prescrizioni da parte del medico ispettore della ASL.
- ✓ Avviare un tipo di aziendalizzazione diverso dall'attuale, che emarginia i medici e i loro rapporti/responsabilità interpersonali nel nome dell'integrazione organizzativa e del profitto

economico (Fumagalli A – *Livelli di responsabilità nella pratica professionale*. Aggiornamenti Sociali 212-221, marzo 2012). I poteri e le responsabilità dovrebbero essere trasferiti dalla Direzione Generale ai Dipartimenti e ai Primari dei singoli reparti o aree di diagnosi e cura onde evitare che le scelte delle Direzioni contrastino con gli interessi dei pazienti e dei medici nel nome dell'efficienza aziendale e del pareggio di bilancio. Si tratta in altre parole di implementare finalmente la *clinical governance* ossia quell'ordinato insieme di strumenti e processi organizzativi e gestionali finalizzato al miglioramento continuo della *performance* (intesa come quantità, qualità e costo dei servizi sanitari erogati) che sono di esclusiva competenza dei medici (Degeling PJ et al – *Making clinical governance work*. BMJ **329**, 679-81, 2004).

- ✓ Avviare la misura del valore delle cure (*outcomes* e costi per il ciclo di cura vedi Porter ME – NEJM **363**, 2477, 2010, incluse le appendici 1 e 2)⁷.
- ✓ Il Ministero della Salute deve monitorare la quantità e la qualità dei servizi sanitari erogati dalle singole ASL del Paese per poter applicare eventuali misure correttive⁸.
- ✓ Dare i grandi Ospedali in gestione ai privati (vedi BMJ 3 dic 2011, pp 1142 e 1152) allo scopo di rendere più efficiente la gestione, ma anche per ridurre almeno in parte l'invadenza della politica nella sanità pubblica e il sottogoverno, con particolare riguardo alle nomine basate non sul merito ma sull'appartenenza partitica. Tuttavia se gli Ospedali sono accreditati e quindi finanziati con fondi pubblici, è indispensabile che il controllo pubblico sia tale da non lasciare spazio ad illeciti o comunque a comportamenti non etici, prevedendo in quest'ultimo caso anche sanzioni assai severe.
- ✓ Assicurazione privata o pubblica volontaria sulla vecchiaia simile a CLASS (JAMA **306**, 760-61, 2011) in USA, che copre fino ad un tetto di € 100.000 per il periodo 70 anni fino alla morte, o simile alla *Dilnot Commission* in Gran Bretagna¹³, oppure assicurazione obbligatoria sul modello tedesco.

Note:

- 1 Responsabilità dei medici per colpa grave (non dolosa):
 - più spesso la colpa non è del medico, ma dell'organizzazione imperfetta del sistema in cui egli opera, quindi solo procedimento civile (non penale);
 - composizione bonaria, extragiudiziale, con possibilità di appello;
 - risarcimento a carico di un fondo regionale a cui contribuiscono Stato, Regioni, Ospedali, singoli medici, con un tetto massimo di indennizzo (riparazione più morale che materiale).
Analogia con quello della L. 210 per i danni da trasfusione (indennizzo e non risarcimento).
Se le Regioni scelgono di non gestire il fondo in proprio e si affidano ad una Assicurazione che copra il rischio di risarcire la colpa grave, il Prof. Paolo D'Agostino suggerisce di verificare che il sinistro possa essere aperto non quando inizia l'azione di rivalsa, ma ogni qualvolta l'assicurato lo ritenga opportuno in vista di un pericolo che si affacci all'orizzonte, giacchè intercorrono anni tra l'inizio dell'azione di rivalsa e la conclusione del giudizio; nel frattempo cambiano gli assicuratori e i vertici degli Ospedali, cosicché nessuno più copre il medico e questi è costretto a rispondere in proprio. Per lo stesso motivo è assai consigliabile che il medico costituisca con atto notarile un fondo patrimoniale che tuteli la sua famiglia dal rischio di essere spogliato di ogni avere.
- 2 Si stima che in Italia l'uso del tabacco causa circa 70-80.000 morti l'anno in più e una perdita economica di € 18 miliardi l'anno. (MMWR **51**, 300, 2002)
Un documento dell'US *Campaign for Tobacco-free Kids* e dell'*American Heart Association* ritiene che l'innalzamento di 1 US \$ di accise per pacchetto di sigarette in USA indurrebbe 1,2 milioni di fumatori adulti a smettere e consentirebbe un risparmio della spesa sanitaria di \$ 52,8 miliardi (Lancet **375**, Feb. 20, 2010). Dopo i 35 anni, ogni anno di fumo riduce di 3 mesi l'aspettativa di vita.
(Doll R et al – BMJ **328**, 1519, 2004)

- 3 In UK è stato calcolato che se il prezzo minimo per unità di alcool fosse di 0,5 sterline (provvedimento che sarà presto emanato per legge), il Paese risparmierebbe 3.393 morti, 97.900 ricoveri ospedalieri, 45.800 crimini, 296.900 giornate di lavoro per un totale di 15 miliardi di sterline in 10 anni.
(Coltart CEM, Gilmore IT – Minimum alcohol pricing in England – BMJ 342, 449-50, 2011).
- 4 L'esperienza indica che l'accisa è la tassa più idonea (1 centesimo per grammo di zucchero aggiunto per le bevande zuccherate, pari a circa il 20% di aumento del prezzo per lattina) perché più facile da incassare, meno dipendente dalle strategie di prezzo dell'industria e aggiornabile periodicamente in base all'inflazione. L'effetto dell'accisa sui consumi si stima valutando "l'elasticità del prezzo", ossia la variazione dei consumi generata dall'aumento del prezzo. Nel caso delle bevande zuccherate, questa si aggira intorno ad 1: ossia per ogni 10% di aumento del prezzo si ha una diminuzione del 10% del consumo.
Le risorse reperite con l'accisa sono molto consistenti (in USA circa \$ 15 miliardi per il primo anno) e possono essere utilizzate per sostenere l'alimentazione corretta dei giovani.
(Brownell KD et al – The Public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages – NEJM 361, 1599-05, 2009).
- 5 Gli acidi grassi trans riducono l'HDL colesterolo e aumentano l'LDL-C, che a sua volta determina un aumento del rischio di accidenti cardiovascolari. Si stima che in UK i grassi trans determinano ogni anno 11.000 attacchi cardiaci e 7000 morti evitabili.
Uno studio del 2006 in USA ha provato che l'assunzione di 5g di grassi trans al dì si associa ad un aumento del 23% di ischemie cardiovascolari.
(Coombes R – Trans fats: chasing a global ban – BMJ 343, 506-509, 2011)
"The best way is to make healthy eating the default option by reduction of salt, fat and sugar, and the banning of trans fat".
(R. Colagiuri, Vice President Int. Diabetes Fed. Quoted in BMJ 10 sept 2011, p. 343)
- 6 Le fibre alimentari sono la parte commestibile dei vegetali e sono carboidrati solubili (es. pectina della frutta) o insolubili (es. cellulosa della crusca) che resistono alla digestione e all'assorbimento da parte del piccolo intestino crasso.
(Dietary Fiber Definition Committee, AACC International, St Paul MN, p 112-126, 2001)
Si ritiene che l'ingestione di fibre riduca il rischio di diabete, malattia coronarica, obesità e forse alcuni tumori, giacchè è noto che esse:
- migliorano la motilità intestinale;
 - aumentano l'escrezione di acidi biliari;
 - abbassano il tasso di colesterolemia;
 - rallentano l'assorbimento del glucosio;
 - abbassano la pressione arteriosa;
 - promuovono la perdita di peso corporeo;
 - inibiscono la perossidazione dei lipidi;
 - mostrano proprietà antinfiammatorie;
 - riducono il rischio di morte totale del 9-43% specie se provenienti da cereali o frutta.
- (Anderson JW et al – Health benefits of dietary fibers – Nutr.Rev. 67, 188-205, 2009)*
(Park Y et al – Dietary fiber intake mortality in the NIH-AARP diet and health study – Arch Int Med 171, 1061-68, 2011).
- 7 Il valore in sanità è un rapporto tra gli *outcomes* di una patologia ben definita (es. diabete), corretto per il rischio di altre concomitanti patologie, per il ciclo di cura (oppure di patologie omogenee per la prevenzione) e quindi nel tempo, diviso i costi globali. Oggi questo non viene misurato e in sua vece si determina:
- non gli *outcomes*, ma l'aderenza ai processi raccomandati;
 - i risultati per Dipartimento (troppo piccolo) o per Ospedale (troppo grande) e non per ciclo di cura;
 - non si misura l'*outcomes* del singolo paziente valutandone i costi per servizi integrali, ma solo per singola prestazione.
- 8 Nel Regno Unito sono stati pubblicati di recente i 60 indicatori che verranno utilizzati per misurare la performance degli erogatori di servizi socio-sanitari (NHS Outcomes Framework 2012-13 is available at www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700).
- 9 Nelle malattie croniche gli interventi possono essere di due tipi.
- a) Curare gli individui che sviluppano la malattia.
 - b) Prevenire per ritardare la malattia tramite interventi quali:
 - migliorare con l'informazione i comportamenti della popolazione circa l'alimentazione ed il movimento fisico (*counselling* da parte del MMG, luogo di lavoro, ecc.);

- misure fiscali, quali accise sui cibi non salutari (grassi saturi e trans, zuccheri) e ridurre il prezzo di cibi ricchi di fibre (vegetali e frutta);
- misure regolatorie, per migliorare l'informazione circa il contenuto nutrizionale dei cibi e limitare la pubblicità dei cibi confezionati specie se rivolta ai bambini.

Nel campo della prevenzione bisogna usare diverse strategie combinate tra loro per la lotta al tabacco, al sale, all'ipertensione e all'ipercolesterolemia. Questa implementazione di misure di salute pubblica coordinate e coordinate è *cost-effective* e rappresenta il miglior modo di affrontare la preoccupante e rapida crescita di malattie croniche e dei relativi costi, determinando ingenti risparmi sul medio e lungo termine.

È importante però che le misure prese non generino iniquità a danno delle persone meno abbienti, giacchè queste più di altre subiscono gli effetti regressivi delle tasse.

(Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guiardo - Barron V, Chrisholm D - *Tackling of unhealthy diets, physical inactivity and obesity: health effects and cost-effectiveness* - Lancet **376**, 1775-84, 2010).

10 La percentuale di morti attribuite all'inattività fisica e alle sue conseguenze (ipertensione arteriosa, obesità) è stimata in 6%. (BMJ 22 ott 2011). Contrastare l'inattività fisica è difficile. Perché il movimento fisico diventi popolare sono necessari:

- ❶ I campioni (*leaders* di comunità) che danno l'esempio e invitano ad impegnarsi
- ❷ Gli istruttori di attività fisica che gestiscono gruppi di movimento e stimolano i partecipanti (*tipo weight watchers*)
- ❸ Una ininterrotta campagna di informazione e di marketing sociale
- ❹ Una convinta e continua azione interpersonale dei medici generalisti.

11 Alcool, grassi animali, formaggio, sono particolarmente calorici. Anche le patate, pane bianco, dolci, zuccheri e alcolici hanno un potere calorico tra loro simile ed elevato; essi aumentano il peso corporeo (Mozaffarian et al. - NEJM **365**, 1059, 2011).

12 Valutazione degli anziani.

La valutazione dell'attività fisica nell'anziano può essere fatta in due modi:

- da seduto, si alza percorre 3 metri, poi ritorna alla sedia e si siede: più di 12 secondi denuncia un maggior rischio di cadute (Close JCT, Lord SR - *Fall assessment in older people* - BMJ **343**, 579-82, 2011);
- dalla posizione in piedi percorre 4 metri: se la velocità è ≥ 1 m/s il soggetto è in buona forma fisica, se inferiore a 0,8 m/s il soggetto è in condizioni non buone.

Questo test indica quali sono i pazienti biologicamente anziani, che hanno bisogno di valutazione e assistenza geriatrica e sono a maggior rischio di ridotta sopravvivenza e ospedalizzazione.

La velocità di andatura (*gait speed*) può perciò essere considerata un "parametro vitale" o marcatore globale dello stato di salute per gli anziani che non presentano disabilità funzionali pre-esistenti (Studisky S et al - *Gait speed and survival in older adults* - JAMA **305**, 50-58, 2011 - Editoriale p. 93-94).

13 Social Care in Gran Bretagna: *proposta Dilnot*

- Non ci sono tasse nuove per la comunità.
- Ogni individuo che abbisogna di assistenza paga con a) la pensione, b) il patrimonio se ne ha e con un tetto di € 40.000 per avere il trattamento di base (vitto e alloggio).
- Lo Stato mette circa € 2 milioni/anno per le persone che non hanno quanto sopra. (Henwood M. *Review of funding for social care in England* - BMJ **343**, 56, 2011).

Assicurazione per le cure di lungo termine della vecchiaia sul modello tedesco (Bull. World Health Organization **90**, 6-7, 2012).