

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 5 * SETTEMBRE/OTTOBRE 2013

Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXIV * NUMERO 5 * SETTEMBRE/OTTOBRE 2013

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via degli Etruschi, 13 - Parco Aurora - 84135 Salerno

e-mail: mariocolucci@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 5,00 - Atti Congressi € 10,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Napoli, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via degli Etruschi, 13 - Parco Aurora - 84135 SALERNO

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Novembre 2013.



SOMMARIO

Editoriale	IV
<i>Riccardo Cassi</i> <i>Antonio De Falco</i>	
Saluti	Pag. 69
<i>Matteo Tortora Della Corte</i>	
Presentazione	Pag. 71
<i>Giulio Cecchini</i>	
I costi della sanità	Pag. 72
<i>Mari De Santis</i>	
Etica ed Economia in Sanità	Pag. 76
<i>Pierluigi Tosi</i>	
Interventi per mantenere i livelli produttivi in carenza di risorse	Pag. 79
<i>Alfonso Giordano</i>	
Per un Sistema Sanitario Etico	Pag. 82
<i>Alberto Catalano</i>	
Rischio clinico ed economia	Pag. 84
<i>Mario Iannotti</i>	
Il Direttore di U.O.C. di fronte alla riduzione delle risorse	Pag. 86
<i>Ivan Cerino</i>	
Conciliare la buona medicina con la buona economia?	Pag. 88
<i>Gianfranco Faletti</i>	
I costi della medicina difensiva	Pag. 91

In copertina: **Immagine di microscopia elettronica in falsi colori di una sezione di bulbo oculare attraverso la membrana corioidea.**

*Immagini tratte dal volume IMAGO CORPORIS FABRIACAE
Copyright © 2011 per quest'edizione italiana Momento Medico s.r.l.*

Editoriale

Il presente numero della Rivista è dedicato agli atti del Convegno “Etica ed Economia in Sanità” tenutosi a Salerno lo scorso 21 maggio.

Organizzato dalla Segreteria Regionale CIMO-ASMD della Campania, con il patrocinio della SPEME, dell’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno e del Centro Studi Civitas Hippocratica, il Convegno si svolge in un periodo particolare del nostro Paese in cui il Sistema Sanitario Nazionale, tenendo conto delle risorse ridotte, deve svolgere la sua attività cercando di mantenere l’efficienza e l’efficacia importanti per la professionalità del medico, ma, in particolare, per i risultati che il paziente si aspetta.

La razionalizzazione delle risorse, nel comportare la necessità di stabilire nuove priorità, sembra spesso andare in conflitto con i principi dell’etica professionale che hanno come obiettivo prioritario la tutela della salute, peraltro ben evidenziata dalla nostra Costituzione che la riconosce come un vero e proprio diritto.

L’intento dell’incontro è stato quello di stimolare l’acquisizione di processi che dovrebbero essere seguiti per coniugare in un insieme organico l’etica e la gestione economica della Sanità.

Mario Colucci

Saluti

Riccardo Cassi

Il Convegno annuale di Salerno organizzato dalla Federazione Regionale CIMO ASMD della Campania ed, in particolare, dai dirigenti salernitani, è diventato ormai un appuntamento fisso nella convegnistica CIMO ASMD ed ha il pregio di sapersi rinnovare ogni anno con argomenti attuali e di saper mantenere elevato il livello dei relatori.

Così è stato anche quest'anno e per questo sono lieto che ne vengano pubblicati gli atti.

Il servizio sanitario nazionale subisce da anni tagli indiscriminati al finanziamento e blocchi al turn over nel tentativo di contenere la spesa pubblica.

Questa situazione diventa più grave nelle Regioni sottoposte a piano di rientro dove i tagli sono maggiori, accompagnati da ticket ed aumenti di tasse, e dove in assenza di una riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, impedita da una politica locale clientelare che difende un modello ormai superato ed in assenza d'investimenti in nuovi Ospedali e nuove strutture assolutamente indispensabili, i

cittadini si vedono privati del loro diritto costituzionale alla tutela della salute.

In questo contesto i Medici del SSN sono costretti ad operare scelte non "con scienza e coscienza", ma vincolate alle, poche ed insufficienti, risorse che le Aziende sanitarie mettono loro a disposizione ed a lavorare in condizioni sempre maggiori di stress lavorativo che incrina il rapporto di fiducia con i pazienti e li espone a richieste sempre più frequenti di risarcimenti.

Il tema del Convegno centra quindi il problema del rapporto tra etica ed economia e le relazioni offrono spunti interessanti sui quali tutta la categoria dovrebbe riflettere.

Ringrazio quindi il Segretario Regionale dott. Antonio De Falco ed il Segretario Provinciale di Salerno dott. Matteo Tortora Della Corte, ed, attraverso loro, tutti coloro che hanno partecipato all'organizzazione per aver voluto questo Convegno e per averne pubblicato gli atti, mettendo a disposizione di tutti le relazioni.

Saluti

Antonio De Falco

Buongiorno a tutti e grazie per essere intervenuti così numerosi a questo convegno su “Etica ed economia in sanità” organizzato dalla CIMO-ASMD.

E’ questo un argomento oggi di grande attualità e, in nome dell’economia e dell’etica, si tende oggi a trasformare e riorganizzare il nostro sistema sanitario talora coinvolgendone gli attori (cioè noi) tra l’altra ignorandone osservazioni e idee.

Il tema sarà compiutamente trattato dagli illustri relatori e vedrà il vostro coinvolgimento nel dibattito che seguirà.

Io vorrei fare, così come ha già fatto il Presidente dell’Ordine dei Medici di Salerno dott. Bruno Ravera, che ringrazio per essere intervenuto, una breve introduzione per offrire alcuni spunti di riflessione.

Per prima cosa ho cercato di dare un significato alle due parole: etica ed economia. Cos’è l’etica? Cosa s’intende, cioè, per etica? Cos’è l’economia e cosa s’intende per economia?

Vi leggo la definizione di etica tratta dal dizionario Treccani: “nel linguaggio filosofico ogni dottrina e riflessione speculativa intorno al comportamento pratico dell’uomo soprattutto in quanto intende indicare quale sia il vero bene e quali i mezzi atti a conseguirlo, quali siano i doveri morali verso se stesso e verso gli altri e quali i criteri per giudicare sulla moralità delle azioni umane” (etica edonistica – kantiana – socratica).

In senso più ampio: “complesso di norme morali e di costume che identificano un preciso comportamento nella vita di relazione con riferimento a particolari situazioni storiche” (etica greca, cristiana, capitalistica, mondana, razionalistica).

Alla luce di queste definizioni, nell’antichità era etico, per quella società, gettare dalla rupe tarpea i nati deformati.

Lo stesso dizionario dà anche una definizione di etica professionale: “l’insieme dei doveri strettamente inerenti alle attività professionali svolte nella società”.

Questa è la definizione di economia che dà lo stesso dizionario: “uso razionale del denaro e di qualsiasi mezzo limitato che mira ad ottenere il massimo vantaggio a parità del dispendio e lo stesso risultato con il minimo dispendio”.

Il concetto di economia va calato poi secondo il comparto su cui va ad incidere. Esso è diverso nel mondo industriale rispetto al mondo della sanità.

Il comparto “beni” è completamente diverso, per struttura produttiva e potenzialità di efficienza, rispetto a quello dei “servizi”.

In sanità vige il principio del morbo dei costi: di solito i miglioramenti di efficienza nei comparti industriali si realizzano attraverso la meccanizzazione e, oggi, l’informatizzazione. Questi due elementi consentono di prendere dei settori ad alto impegno di presenza umana e, con l’automazione, ridurre di molto l’incidenza. Questo funziona benissimo nei comparti di produzione di beni primari (automobili, ma anche farmaci, apparecchiature tecnologiche, ma anche apparecchiature biomedicali...) in cui si riducono i costi del fattore umano. La produzione dei

servizi alla persona, invece, è l’unico comparto produttivo che va in controtendenza rispetto a questo principio poiché ogni innovazione tecnologica aumenta la presenza di personale o comunque ne richiede un costo maggiore per la sua maggiore qualificazione.

Bisogna porre un’enorme barriera tra il comparto dell’acquisto dei beni e il comparto dell’acquisto dei servizi alla persona.

Anche il concetto di etica va calato nella sanità ed influenza la nostra “etica professionale”.

L’articolo 32 della Carta Costituzionale prevede che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività.

Mi piace leggere e ricordare a me stesso ed a voi alcuni passi della sentenza della cassazione n. 8524 del 2/3/2011, tra l’altro già ben ricordata dal Presidente dell’Ordine dei Medici di Salerno. La logica dell’assistenza, invero, deve essere informata alla tutela della salute e la direttrice del medico non può che essere quella di rapportare le proprie decisioni solo alle condizioni del malato del quale è comunque responsabile.

Nel praticare la professione medica, dunque, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatogli dalla legge e dalle conseguenti relative responsabilità (vorrei sottolineare la dizione “compiti affidatogli dalla legge” perché è con le leggi che nel tempo si modifica anche l’etica).

Lo stesso Sistema Sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute.

Il medico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico.

Pertanto, alla luce anche di questa sentenza è chiaro che la sanità tutela il bene salute con l’erogazione di servizi che devono essere efficienti ed efficaci e non è, e non deve essere, un’azienda per il soddisfacimento di interessi economici con una mercificazione di un bisogno. Cioè oggi, o meglio fino ad oggi, queste leggi hanno contribuito alla formazione di un’etica che identifica precisi comportamenti nella vita di relazione.

Attenzione dunque ai tagli lineari con riduzione dei diritti peraltro pagati con fior di tasse.

Oggi, però, nell'esasperata ricerca di risorse si tende a risparmiare anche sulle spese di tutela della salute invece che razionalizzare in maniera più logica e doverosa le risorse eliminando gli sprechi e i clientelismi dove, specialmente in alcuni settori, sembrano intangibili.

Oggi si va sbandierando che la sanità in Italia costa troppo anche se l'incidenza del PIL è nella media e sotto quella, ad esempio, della Francia e della Germania.

Oggi si va dicendo che la sanità è un lusso che non possiamo più permetterci.

Oggi si tende a mettere in discussione la sanità come un bene supremo fondato sui principi dell'universalità, dell'equità, della solidarietà e della prevenzione.

Oggi la logica economica sta tentando di modificare le nostre attuali norme morali e di costume in sanità, cioè sta cercando di incidere sulla nostra etica professionale.

Quando questa logica economica si trasformerà in leggi, cambierà l'etica (secondo la definizione che vi ho detto

all'inizio del mio intervento) e cambieranno di conseguenza le nostre norme morali e di costume.

Siccome le leggi le fanno i politici, che sono espressione della società (di cui noi ne siamo una parte), sta anche a noi trovare degli equilibri che possano coniugare esigenze per certi versi contrastanti.

Certo non arriveremo alla rupe tarpea, ma potremo in un futuro lasciare per strada persone con i loro bisogni che potranno rappresentare un costo che la società non potrà più permettersi di sostenere.

Ecco perché, per noi operatori, è fondamentale e doveroso contribuire ad abbattere oggi gli sprechi e ricercare un efficientismo tenendo bene a mente che questo non avvenga a discapito dell'efficacia.

Nell'augurarvi un buon lavoro sono sicuro che il convegno di oggi contribuirà certamente a sviluppare questi temi e vi ringrazio nuovamente per la vostra partecipazione.

Presentazione

Matteo Tortora Della Corte

Stiamo vivendo un periodo di grave crisi economica con uno stato super indebitato che deve provvedere a tagli del proprio bilancio. Orbene la sanità rappresenta la voce di maggior peso nel bilancio pubblico ed è quella che risente, quindi, maggiormente tale crisi.

Il benessere della popolazione, inteso come tutela della salute, è strettamente collegato alla disponibilità e all'attribuzione di risorse alla sanità.

Tale allocazione di risorse dovrebbe raggiungere, sotto il profilo etico, una maggiore efficienza nel loro utilizzo ed un giusto equilibrio fra la prevenzione e le cure.

Il principale obiettivo in questo settore è quello di assicurare l'accesso alle cure a tutti i cittadini, nonostante la scarsità di risorse, soddisfacendo i loro bisogni.

Indagini epidemiologiche, svolte in questi anni, hanno fatto rilevare che i meno abbienti sono quelli maggiormente esposti a fattori di rischio in tema di salute.

Si impongono pertanto delle scelte !

Le Regioni, e quindi le Aziende Sanitarie, si vedono costrette, a causa delle ristrettezze dei propri bilanci, ad effettuare tagli alla spesa sanitaria con accorpamenti di strutture, chiusura di ospedali e minori accessi alle cure.

Tutto questo non deve ledere nel modo più assoluto un diritto fondamentale di noi cittadini: il diritto alla salute.

Pertanto, è indispensabile che si proceda a rendere efficiente questo settore evitando gli sprechi atavici e gli eccessi non motivati di atti assistenziali inutili (esami inutili, trattamenti superflui, ecc.) riorganizzando tutta la rete della emergenza e della prevenzione senza creare disagi e diseguaglianze alla popolazione, assicurando eguali opportunità di accessi ed eguale trattamento per eguali bisogni.

Che le scelte siano dettate dalla logica della richiesta di salute e non da interessi politici !

E' questo il difficile compito cui sono chiamati i nostri amministratori ai quali offriamo la piena collaborazione ed il Convegno di oggi ne è la dimostrazione.

I costi della sanità

Giulio Cecchini

Negli ultimi anni a livello mondiale ci si è resi conto che la politica economica non può essere limitata a tagli al sistema. La politica sanitaria apre nuovi orizzonti attraverso lo studio e la pratica di nuove strade che valutano il rapporto dei costi benefici attraverso l'uso di interventi singoli o combinati fra loro.

L'obesità sta diventando il nemico pubblico numero uno per la salute della popolazione nella maggior parte dei Paesi OCSE e nel mondo. Una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso, il rischio di morte prematura aumenta del 30%. In dieci paesi europei, è dimostrato che l'obesità dimezza la probabilità di vivere una normale vita attiva.

La problematica è talmente rilevante che nel report dei rischi globali dell'anno 2010 al World Economic Forum (fig.1), l'importanza delle malattie croniche valutata in costi e probabilità di verificarsi viene considerata una criticità di importanza analoga alla crisi fiscale (fig.2), ma molto più severa di pandemie, terrorismo, proliferazione nucleare e molte altre problematiche che pure hanno grande presa sulla emotività e sul pensiero globale.

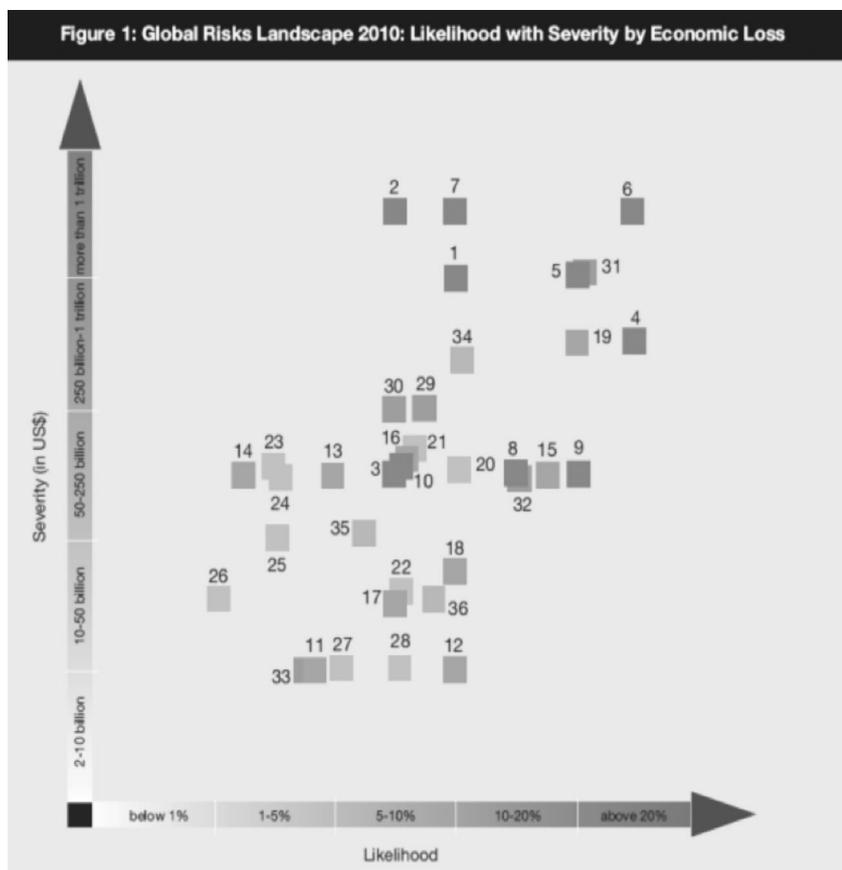
Fino al 1980, meno di 1 persona su 10 era obesa. Da allora, i tassi sono raddoppiati o triplicati e nella metà dei

paesi OCSE, 1 persona su 2 è attualmente sovrappeso od obesa. Proiezioni OCSE indicano che entro 10 anni più di 2 persone su 3 saranno sovrappeso in paesi come gli Stati Uniti, l'Inghilterra o l'Australia. Uomini e donne negli attuali paesi OCSE sono cresciuti costantemente in altezza e peso a partire dal diciottesimo secolo, con il miglioramento delle condizioni di vita e dei livelli di istruzione. Questi cambiamenti hanno avuto effetti ampiamente positivi sulla salute e l'aspettativa di vita delle generazioni passate, ma oggi un numero allarmante di persone ha passato la soglia oltre la quale ulteriori aumenti di peso diventano un rischio per la salute e la vita. Le donne sono più spesso obese rispetto agli uomini, ma nella maggior parte dei paesi OCSE i tassi di obesità sono cresciuti più rapidamente negli uomini. L'obesità è più comune tra le persone con bassi livelli di reddito o d'istruzione. In diversi paesi OCSE, le donne con basso livello d'istruzione hanno una probabilità di essere sovrappeso 2-3 volte maggiore rispetto a quelle con maggiore educazione. Queste differenze sono molto più attenuate, o non esistono del tutto, tra gli uomini. Disuguaglianze sociali fra i bambini (maschi e femmine) sono state rilevate in Francia, Inghilterra e Stati Uniti, ma non nella Corea del Sud. I bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi. La causa è, in parte, genetica, ma i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria) e questo mezzo di trasmissione ha giocato un ruolo fondamentale nell'attuale epidemia di obesità.

L'obesità è costosa e impone oneri sempre maggiori ai sistemi sanitari. La spesa sanitaria per una persona obesa è superiore del 25% a quella per una persona con peso normale, e i costi crescono in maniera esponenziale con l'aumentare dei chili di troppo. Un'analisi dell'impatto dell'obesità sulla spesa sanitaria ha evidenziato come poco meno dell'1% del Prodotto Interno Lordo (PIL) di stati come Francia, Germania e Canada sia speso per malattie legate all'obesità. Tale cifra aumenta fin quasi all'1,5% per gli Stati Uniti e 4% per la Cina, soprattutto per il gran numero di casi di diabete.

Tuttavia, a causa della ridotta aspettativa di vita, gli obesi costano meno al servizio sanitario nel corso dell'intera vita (13% in meno, secondo uno studio Olandese) rispetto alle persone di peso normale, ma più dei fumatori. Nella maggior parte dei paesi OCSE, l'obesità è responsabile di circa l'1-3% della spesa sanitaria totale (5-10% negli Stati Uniti). Con l'aumento delle malattie legate all'obesità, i costi indicati saliranno rapidamente nei prossimi anni.

Per molti obesi, una cattiva salute va di pari passo con modeste prospettive occupazionali.



World Economic Forum, Global Risk 2010

Economic Risks

- 1 Food price volatility
- 2 Oil price spikes
- 3 Major Fall in the US \$
- 4 Slowing Chinese economy (<6%)
- 5 Fiscal crises
- 3 Asset price collapse
- 7 Retrenchment from globalization (developed)
- 3 Retrenchment from globalization (emerging)
- 3 Burden of regulation
- 10 Underinvestment in infrastructure

Geopolitical Risks

- 11 International terrorism
- 12 Nuclear proliferation
- 13 Iran
- 14 North Korea
- 15 Afghanistan instability
- 16 Transnational crime and corruption
- 17 Israel-Palestine
- 18 Iraq
- 19 Global governance gaps

Environmental Risks

- 20 Extreme weather
- 21 Droughts and desertification
- 22 Water scarcity
- 23 NatCat: Cyclone
- 24 NatCat: Earthquake
- 25 NatCat: Inland flooding
- 26 NatCat: Coastal flooding
- 27 Air pollution
- 28 Biodiversity loss

Societal Risks

- 29 Pandemic
- 30 Infectious diseases
- 31 Chronic diseases
- 32 Liability regimes
- 33 Migration

Technological Risks

- 34 Critical information infrastructure (CII) breakdown
- 35 Nanoparticle toxicity
- 36 Data fraud/loss

Fig. 2 - World Economic Forum, Global Risk 2010

I datori di lavoro preferiscono candidati non-obesi a quelli obesi, in parte perché si attendono una maggiore produttività. Questo contribuisce a creare un netto divario tra obesi e non-obesi nei tassi di occupazione e nelle retribuzioni; negli Stati Uniti più del 40% delle donne bianche gravemente obese è senza lavoro, contro una media nazionale del 30%. Le persone obese guadagnano fino al 18% in meno di quelle di peso normale. Gli obesi necessitano di più giorni di assenza dal lavoro e richiedono più spesso sussidi e indennità d'invalidità.

E' interessante considerare quali siano le priorità in alcuni significativi paesi evoluti o in gruppi di Paesi. La fig.3 evidenzia l'incidenza in DALY, cioè anni di vita in buona qualità di salute (Disability Adjusted Life Years) nelle malattie considerate. Come appare evidente in tutti le maggiori economie del mondo, gli anni di vita persi sono dovuti soprattutto a malattie croniche, quali malattie cardiovascolari, neoplasie e diabete, tutte direttamente correlate ad errati stili di vita e alle varie problematiche legate al fumo, all'eccessivo consumo di alcool e all'obesità. Per altro già nel modello proposto da Dahlgren & Whitehead (1991) (fig.4), ci si può rendere conto di come dopo età, sesso, e fattori costituzionali (sostanzialmente non modificabili), si collochino i fattori relativi allo stile di vita individuale, alle condizioni sociali e di comunità e a tutta una serie di condizioni di lavoro/vita/sviluppo.

Proprio questo schema che mantiene forte attualità nel tempo, dà la mappa sulla importanza della giusta allocazione degli interventi di miglioramento della salute globale nelle popolazioni. E' interessante notare come alcuni studi hanno valutato la correlazione tra educazione, carenze informative e fumo: la conoscenza dei rischi del fumo è raddoppiata nella popolazione dagli anni '60 agli anni '90, ma è costantemente rimasta superiore nelle persone di cultura universitaria. Parallelamente, pur in un costante calo generalizzato del vizio del fumo, la prevalenza di fumatori si è sempre più stabilmente confermata nelle persone con livelli di studio inferiori all'universitario, nei quali dagli anni '50 al 2005, si è sostanzialmente dimezzata. Mentre nelle persone con

studi universitari si è ridotta in maniera molto più significativa a quasi un quarto, nello stesso arco di tempo considerato.

Vi sono 4 quesiti fondamentali ai quali i "police makers" cercano sempre di dare una risposta a fronte della valutazione di ogni proposta di intervento. Questi quesiti sono :

- La prevenzione migliora lo stato di salute?
- Riduce la spesa sanitaria?
- Diminuisce le diseguaglianze sociali?
- È cost-effective?

Uno dei falsi presupposti che non trovano riscontro oggettivo nell'analisi dei dati reali

è che la prevenzione debba forzatamente far diminuire la spesa pubblica.

Un interessante lavoro ha studiato 1500 interventi di prevenzione e di trattamento per malattie e li ha suddivisi in quattro fondamentali categorie: la prima consente di ridurre i costi e di migliorare contemporaneamente le condizioni di salute (fig.5). Siamo ovviamente nella situazione ottimale e, quindi gli interventi andrebbero sicuramente implementati. Poco meno del 20 % degli interventi sia di prevenzione che di cura ricadono in questa categoria.

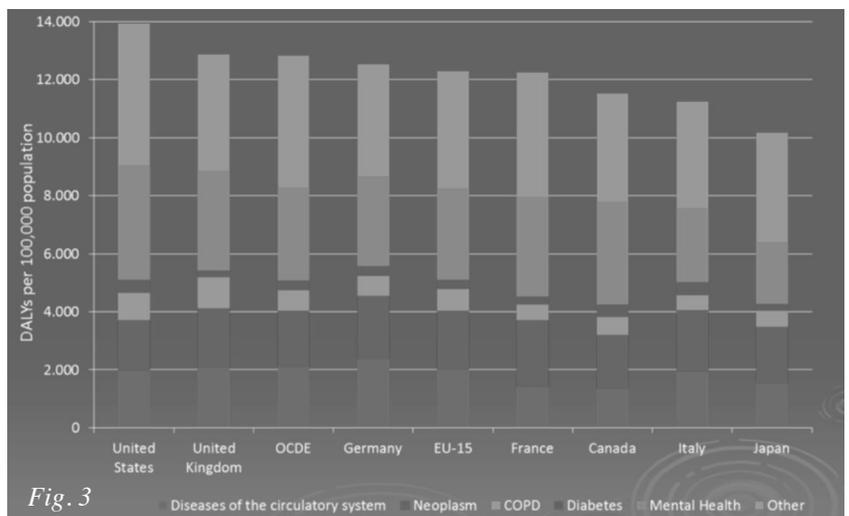


Fig. 3

Esiste un secondo gruppo di interventi che ricadono sotto la soglia di 50.000,00\$ /QALY, che viene considerata nella maggior parte dei Paesi quale livello massimo per definire un intervento efficiente. In questa fascia si nota addirittura una prevalenza degli interventi di trattamento delle malattie rispetto alla prevenzione. Per contro nella fascia successiva, sopra i 50.000,00/QALY, si rileva una prevalenza degli interventi di prevenzione, che pertanto vengono spesso scartati per il costo eccessivo. Nell'ultima fascia si considera addirittura una serie di interventi che portano al peggioramento della qualità di vita con incremento dei costi: in questo caso prevalgono i trattamenti per malattie. Osservando la figura nel suo insieme appare evidente

come in ciascuna delle 4 categorie il numero di interventi di prevenzione è simile al numero degli interventi di cura. Questo dato conferma che il rapporto costo/beneficio dei trattamenti per malattie equivale al rapporto costo/beneficio per la prevenzione e pertanto non è ipotizzabile una diminuzione delle spesa sanitaria.

E' importante ricordare che le Nazioni dovrebbero avere come obiettivo minimo, interventi con:

- Impatto significativo sulla salute
- Costo accessibile per ogni Stato
- Rapporto costo/ efficacia favorevole
- Politicamente accettabile in ogni cultura

Un gruppo di esperti dell'OCSE, l'Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo, con sede a Parigi, ha valutato quali siano le migliori strategie di informazione sanitaria necessarie a contrastare il fenomeno epidemico globale dell'obesità. L'equipe, in collaborazione con l'Oms, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha revisionato tutte le possibili strategie di prevenzione sviluppate da diversi paesi, ricercando quali fossero i principali punti di leva su cui basare i messaggi di sensibilizzazione pubblica e come intervenire economicamente.

Il modello "Layers of Influence" Dahlgren & Whitehead, 1991

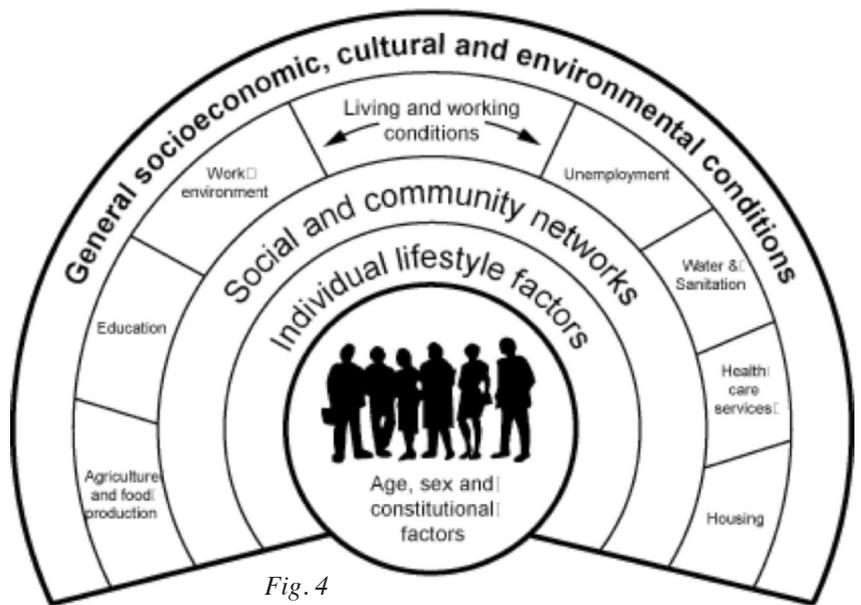


Fig. 4

i fattori di rischio comportamentali associati alle patologie croniche causate dal sovrappeso, riguardano la composizione della dieta e l'abitudine all'attività fisica. Questa patologia si sta diffondendo rapidamente e, più drammaticamente, anche in paesi considerati a basso-medio reddito o in via di sviluppo, come risultato di nuove abitudini alimentari e stili di vita sedentari derivanti da maggiori disponibilità economiche e l'adozione di costumi "occidentali". Tra le principali realtà nazionali colpite da questo trend figurano Brasile, Cina, India, Messico, Russia e Sudafrica. L'obesità favorisce l'insorgenza precoce di patologie croniche invalidanti ed è responsabile di mortalità prematura. Per contrastare questa tendenza sono richieste specifiche politiche di prevenzione basate sulla sensibilizzazione della popolazione sui rischi associati al sovrappeso.

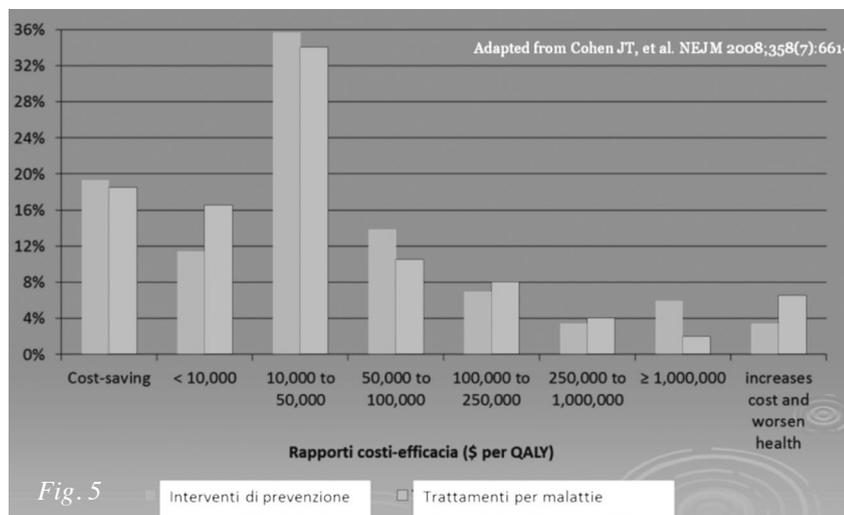


Fig. 5

Le due équipe hanno così identificato una serie di interventi di prevenzione primaria e secondaria che, per le loro caratteristiche, il loro costo, la loro fattibilità, ed il loro rapporto costo/efficacia sono stati definiti "Best Buys". Questi interventi mirano a contrastare i principali comportamenti a rischio e a identificare precocemente malattie cardiovascolari e neoplasie. Le Nazioni Unite nel novembre 2011 hanno dichiarato che questa lista dovrebbe rappresentare i livelli minimi di intervento che ogni Stato dovrebbe garantire ai propri cittadini.

Dai diversi studi fin qui analizzati è quindi emerso che gli aspetti su cui occorre insistere maggiormente per ridurre

Interventi per prevenire l'obesità e le sue conseguenze – educazione sanitaria e promozione della salute, regolamentazione e misure fiscali, informazione da parte dei medici di famiglia – sono un investimento migliore di molti trattamenti attualmente offerti dai sistemi sanitari dei paesi OCSE.

Per esempio, interventi quali regolamentazione della pubblicità dei c.d. cibi "spazzatura" e informazione da parte del medico di famiglia, hanno il potenziale per ridurre di circa il 5 – 6% la prevalenza di obesità nella popolazione. Interventi rivolti ai giovani, come per esempio l'educazione alimentare nelle scuole, influenzano il fenomeno dell'obesità anche per il 5%. Le campagne di sensibilizzazione attraverso i mass-media al contrario dimostrerebbero un'efficacia relativamente modesta, incidendo sullo stile di vita per meno dell'1%.

Il grafico successivo (Fig. 6) mostra il costo medio annuale e il relativo impatto sulla spesa sanitaria

dei precedenti interventi. Due interventi in particolare, autoregolamentazione della pubblicità del cibo “spazzatura” e politiche fiscali, hanno dimostrato di produrre una riduzione della spesa sanitaria maggiore del loro costo di implementazione. Pertanto questi due interventi producono un risparmio netto. Esiste tuttavia il problema dell'accettazione o meno da parte della popolazione: l'incremento di tassazione su alcuni prodotti nocivi certamente produce sia benefici economici che di salute, ma spesso non è accettato dalla popolazione e perfino fortemente contestato. Tutti gli altri tipi di intervento invece hanno costi di implementazione spesso anche molto superiore rispetto ai risparmi prodotti. Due sono le ragioni principali che spiegano questo fenomeno: da un lato, riduce la mortalità precoce e tende invece a cronicizzare le malattie, determinando un allungamento della vita e di conseguenza un aumento della spesa sanitaria. Dall'altro, l'allungamento della vita favorisce l'insorgenza di ulteriori patologie che incidono sul costo della spesa sanitaria.

Ciò nonostante tutti gli interventi singoli analizzati dimostrano nel medio lungo periodo un rapporto costo efficacia al di sotto dei 50.000,00 \$/QALY, rendendoli un buon investimento per il sistema sanitario nazionale. Tuttavia,

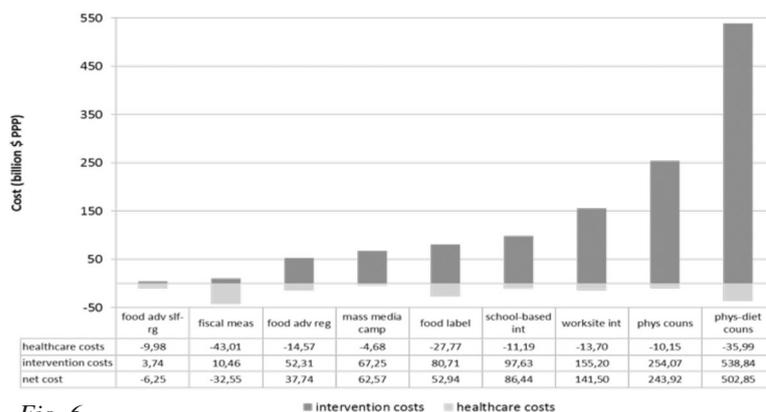


Fig. 6

eviterebbe ogni anno 155.000 morti per malattie croniche in Giappone, 75.000 in Italia, 70.000 in Inghilterra, 55.000 in Messico e 40.000 in Canada. L'incidenza di malattie croniche diminuirebbe, riducendo la disabilità e migliorando la qualità della vita. L'intervento singolo più efficace all'interno di questo pacchetto è un programma di informazione e educazione dei pazienti a rischio da parte dei medici di famiglia, ma politiche di regolamentazione, tasse e sussidi possono generare benefici per la salute a un costo molto inferiore.

I canali d'informazione sanitaria dovrebbero fornire messaggi volti ad aumentare la consapevolezza dei benefici derivanti da sane abitudini alimentari e dalla pratica dell'attività fisica. Inoltre, sarebbero auspicabili misure fiscali che colpiscono i cibi insalubri, riducendo invece i prezzi degli alimenti salutarici ricchi in fibre e limitando il commercio di cibi poco sani destinati ai bambini. Queste misure sono destinate a produrre, in primis, sostanziali guadagni salutari, assicurando inoltre un notevole risparmio per i sistemi sanitari nazionali, oberati dai costi esorbitanti derivanti dalla gestione delle gravi complicazioni patologiche associate al sovrappeso.

La soluzione da perseguire richiede un approccio “multi-stakeholder”. I governi devono mantenere il controllo complessivo delle iniziative di prevenzione e allo stesso tempo incoraggiare l'impegno ed il contributo del settore privato. Poiché gli interessi in gioco sono in conflitto tra loro, combattere l'obesità e le malattie croniche associate richiede compromessi e cooperazione tra le parti interessate. Un fallimento imporrebbe pesantissimi oneri alle generazioni future.

Si ringrazia il Dr. Michele Cecchini, economista sanitario presso la Divisione Salute dell'OCSE, per l'utile scambio di idee e di spunti forniti. Il lavoro è di esclusiva opera degli autori.

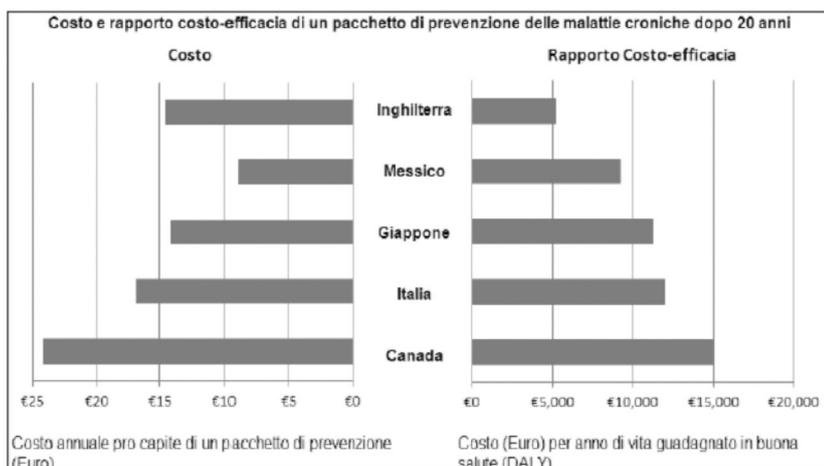


Fig. 7

gli interventi singoli richiedono tempi lunghi per produrre effetti tangibili sulla salute e questo si traduce in un rapporto costo-efficacia meno favorevole nel breve termine.

Combinare diversi interventi in una strategia di prevenzione, che copra diverse fasce d'età e gruppi a rischio, può fornire una soluzione efficace a costi sostenibili, garantendo un guadagno di salute molto superiore rispetto a singoli interventi. Una simile strategia costerebbe non più di €9 per abitante in Messico, €15 in Giappone e in Inghilterra, €17 in Italia e €24 in Canada, una quota impercettibile della spesa sanitaria di questi paesi e solo una piccola parte di quel 3% di spesa sanitaria che in media i paesi OCSE spendono in prevenzione (Fig. 7). Una volta attuata, questa strategia

Indirizzo per corrispondenza:
Giulio Cecchini
 e-mail: cecchinigiulio@libero.it

Etica ed Economia in Sanità

Mario De Santis

La domanda che dobbiamo porci è se le attuali condizioni di difficoltà socio-economiche stiano producendo ripercussioni negative nel settore dell'assistenza sanitaria.

PREMESSA

Il concetto di "salute", inoltre, è cambiato nel tempo: da quello di semplice "assenza di malattie" si è arrivati a considerare la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

In tal senso, anche senza scomodare articolate analisi sociologiche, è indubbio che le semplici esperienze personali di ciascuno di noi, operatori della "salute", ci suggeriscano che gli scenari assistenziali stanno rapidamente ed inesorabilmente modificandosi nel senso di una riduzione della domanda e della offerta di servizi e prestazioni sanitarie.

Le evidenze di tanti studi epidemiologici ci raccontano che, tra i "determinanti sociali della salute", la situazione socio-economica ed ambientale, le condizioni di vita e di lavoro, le reti sociali e comunitarie, la disoccupazione, il reddito, il livello di istruzione, la disponibilità di servizi sanitari ed assistenziali, insieme agli stili di vita ed ai fattori costituzionali e genetici, incidono profondamente sullo stato di salute delle persone.

Le persone con forti relazioni sociali, ad esempio, manifestano il 50% in più di sopravvivenza rispetto a coloro che sperimentano tali relazioni in maniera più fragile.

Gli effetti del disagio socio-economico si manifestano nella espressione della offerta (riduzione della disponibilità e della accessibilità dei servizi) e della domanda (riduzione del numero di prestazioni richieste, aumento delle prestazioni non effettuate, aumento delle prestazioni effettuate nel circuito extra SSN). A queste conseguenze si sommano effetti diretti di aumento di morbilità (vedi depressione) ed indiretti, in termini di aumento di morbilità nel lungo periodo per la riduzione di prestazioni legate alla prevenzione ed al follow up di patologie croniche.

L'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) è un osservatorio privilegiato dei modelli e dei "costumi" assistenziali, pur nei limiti di un "campione" non rappresentativo dell'intera società.

Occorre tener presente che, al di là della presunta "centralità" del MMG nell'ambito del SSN, la realtà ci racconta che il MMG non ha nessuna responsabilità nell'offerta dei servizi, legata a decisioni di livello politico, né nel governo della domanda, che è espressione delle condizioni sociali, economiche, epidemiologiche e culturali della popolazione, se non nel ruolo di gate keeper, né nella risposta, intesa come disponibilità dell'offerta in termini di strutture, organizzazione, risorse umane, tecnologia.

L'unica vera centralità del MMG è quella legata alla individuazione dei bisogni e dei problemi, a volte anche non solo sanitari, e nel soddisfacimento dei bisogni di diagnosi e cura espressi dai propri pazienti e dei quali conserva il governo del processo assistenziale.

Nel valutare i riflessi delle emergenti difficoltà socio-economiche in campo assistenziali la prima domanda è: è possibile quantificare e valutare il fenomeno? E, subito dopo, gli effetti sono comuni all'intera popolazione o esistono differenze per classi sociali ed economiche? E se è così, esistono cittadini/pazienti più fragili degli altri?

ANALISI DI CONTESTO

Abbiamo deciso di sottrarci ad un pur legittimo tentativo di analizzare gli effetti della crisi attraverso un sempre opinabile "racconto" delle esperienze e dalle sensazioni che scaturiscono dalla routinaria attività ambulatoriale e da sterili analisi sociologiche e soprattutto "politiche" (non è questa la sede) ma di attenerci scrupolosamente ai fatti.

La disponibilità di dati prescrittivi storici delle attività prescrittive dei MMG, "custoditi" negli archivi elettronici degli oltre 60 MMG soci della Cooperativa Mediservice di Salerno, della quale sono socio fondatore, e che da oltre 10 anni utilizzano un proprio datawarehouse con i dati di una popolazione assistita di circa 70.000 pazienti, e la decennale esperienza nella ricerca epidemiologica e gestionale, ci ha consentito, infatti, di progettare e condurre uno studio osservazionale retrospettivo sui flussi prescrittivi riguardanti i farmaci, gli esami e le visite prescritti dai MMG dal 2009 ad oggi, sia in termini quantitativi che economici.

Abbiamo, pertanto, coinvolto 5 MMG, con una popolazione assistita di 7484 pz., 4507 dei quali considerati "solventi" (pz. che non godevano di alcuna esenzione, né per reddito né per patologia) e 2977 considerati "esenti" (con agevolazioni sulla partecipazione alla spesa).

STUDIO OSSERVAZIONALE E ANALISI DEI DATI

Sono state valutate le prestazioni erogate in termini di farmaci, visite, esami strumentali ed esami di laboratorio dal 2009 ad oggi. L'analisi dei consumi farmaceutici si è rilevata subito inattendibile per la valutazione dei riflessi del disagio economico sulle terapie, sia perché molte terapie (antidiabetici, antiipertensivi, farmaci cardiologici, etc.) sono di per sé "irrinunciabili", sia perché l'arrivo dei farmaci equivalenti ha assorbito la riduzione del "potere di acquisto", sia perché l'uso di farmaci a basso costo (es. cardioaspirina) sfugge ormai alla documentazione prescrittiva del MMG essendo spesso, causa una grossolana politica dei ticket, addirittura più conveniente l'acquisto diretto. E' stata registrata, comunque, una tendenza alla riduzione dell'acquisto dei farmaci di c.d. "fascia C" e di quelli da banco.

Per quanto riguarda le altre prescrizioni, si è evidenziato per le tre linee (visite, esami strumentali ed es. di laboratorio) un modesto incremento nel 2010 rispetto al 2009 ma, soprattutto per le visite ed ancor più per gli esami di laboratorio, una prima riduzione sensibile nel 2011, con un progressivo e costante calo negli anni successivi.

Una prima riflessione ha portato a considerare che il 2011 è stato l'anno in cui in Regione Campania è stato introdotto il ticket aggiuntivo di 10 euro per ricetta (che, aggiunto ai 10 euro già previsti a livello nazionale ed al ticket per le prestazioni richieste, ha portato ad oltre 50 euro la quota di partecipazione del cittadino alla spesa), producendo un raffreddamento "spontaneo" della domanda.

A questo punto ci è sembrato interessante analizzare il fenomeno provando a capire se le riduzioni, che in termini percentuali sono arrivate ad un - 20% circa, fossero uniformemente distribuite nell'intera popolazione o, come la

percezione dell'esperienza quotidiana suggeriva, ci fosse una differenza di "censo" nel campione analizzato.

Il problema, in altri termini, era capire se la riduzione era legata ad un recupero di efficienza del sistema (o, come dicono gli "esperti", ad un recupero della appropriatezza prescrittiva) e, quindi, dell'offerta, o ad una, magari somabile, riduzione della domanda.

Si è proceduto, pertanto, all'analisi dai dati differenziati per partecipazione alla spesa approfittando delle categorie "amministrative" degli "esenti" e dei "solventi".

Nella prima ipotesi (recupero di appropriatezza prescrittiva del MMG) era logico non attendersi alcuna differenza tra i due gruppi: l'applicazione di linee guida e della EBM non può né deve certamente tener conto delle variabili socio-economico-culturali dei pazienti.

I dati, invece, hanno dimostrato una sensibile differenza, statisticamente significativa tra i due gruppi, pur con alcune interessanti differenze tra le tre tipologie di prestazioni analizzate.

E' emerso, infatti, che, innanzitutto, la categoria degli esenti (40% della popolazione in esame) contribuiva per il 62% al totale delle richieste.

Questo potrebbe essere facilmente spiegato, in parte, dalla presenza di pz. con esenzioni per patologia che sottintende prevalenze superiori di patologie croniche nel gruppo degli esenti (e, quindi, con maggiori bisogni assistenziali) rispetto ai solventi. Le agevolazioni sul ticket certamente condizionano, in ogni caso, una maggiore disponibilità ad effettuare esami e visite di follow up.

In questo gruppo, a parte un calo registrato nel 2011 del 12% di richieste soprattutto di esami di laboratorio (si tenga presente che, seppure l'esenzione per patologia esclude il pagamento del ticket, quello della quota aggiuntiva per ricetta (20 euro) viene escluso solo per categorie di reddito annuale minimo < a 10.000 euro e che vi è un limite di 8 esami per singola ricetta), per le visite e gli es. strumentali vi è stata una sostanziale tenuta.

Questo lasciava già immaginare che la riduzione del 20% registrata come media della popolazione fosse quasi tutta imputabile alla categoria dei solventi.

Ed infatti, i dati hanno mostrato un calo di prestazioni di es. di laboratorio e di visite erogate nel gruppo dei solventi (60% della popolazione in esame e 38% delle richieste analizzate) del 18% nel 2011 e del 12% nel 2012, per un totale del 30% di riduzione rispetto al 2010.

Per quanto riguarda gli es. strumentali, la riduzione è stata in totale "solo" del 13%.

I dati di riduzione sono stati confermati, per come riportati, anche nel primo semestre 2013 e dall'analisi degli accessi in ambulatorio (- 13%) dal 2009 ad oggi.

ANALISI DEI RISULTATI

I dati emersi ci conducono ad alcune considerazioni.

1. E' indubbio un calo progressivo e costante delle prestazioni erogate dal SSN, valutabile nel triennio intorno al 20%.
2. La riduzione ha interessato in modo diverso le categorie dei pazienti esenti (per 1/3) e di quelli solventi (per i 2/3), con effetti maggiori su questi ultimi, testimoniando un solo parziale legame con la "stagione", pur presente, di recupero di appropriatezza prescrittiva da parte del MMG.
3. Il calo più significativo parte dal 2011, epoca di

introduzione di un ulteriore ticket sulla ricetta.

4. Le richieste di esami strumentali (ecografie, tac, rm) mostrano una riduzione inferiore alle richieste di visite e di esami di laboratorio. Una parziale spiegazione è legata al fatto che, in genere, si tratta di accertamenti utili se non indispensabili ai fini diagnostici e che la quota di ticket richiesta dal SSN (circa 50 euro) resta per molte prestazioni competitiva rispetto all'offerta privata.
5. Le visite specialistiche si sono ridotte sia in termini assoluti sia per fenomeni di "fuga" verso la sanità privata essendo, per ticket e tempi di attesa, poco competitiva l'offerta del SSN.
6. Il maggior calo delle richieste di esami di laboratorio da parte del gruppo dei solventi è certamente legata ad una forte riduzione della domanda di prevenzione e dei controlli periodici.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Gli effetti della crisi economica attraversano tutti i gruppi sociali:

1. I pazienti apparentemente protetti subiscono un arretramento della offerta di servizi legata alla politica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, a volte, e soprattutto nelle condizioni di maggiore fragilità, vedono addirittura un congelamento delle possibilità di erogazione di servizi per la scarsità delle risorse economiche.
2. Il c.d. "ceto medio" fa i conti con una necessaria attenzione alla gestione del budget familiare che comporta anche una riduzione della domanda di salute, soprattutto in tema di prevenzione e follow up di patologie croniche.
3. I pazienti appartenenti a classi socio-economiche elevate subiscono quello che definirei un "danno di processo" che, ovviamente, si traduce in un danno di esito e di efficacia. Con sempre maggiore frequenza, infatti, questi pazienti si rivolgono, nella fase più delicata di un percorso di definizione diagnostica quale è la prima visita, alla sanità privata per rientrare nel SSN per l'effettuazione delle indagini diagnostiche (soprattutto quelle strumentali di elevato costo) spesso prescritte senza l'obbligo né la cultura della appropriatezza e della medicina delle evidenze. Il tutto in mancanza di possibilità di coordinamento e governo clinico e con serie ripercussioni non solo di efficienza e costi ma anche di efficacia. Una risposta a tutto questo non può essere una improvvisata ed ingovernabile idea di sanità low-cost. L'esperienza ci suggerisce che l'unico modo per tenere insieme efficienza ed efficacia è l'investimento economico, organizzativo e culturale in nuovi modelli assistenziali fondati sull'integrazione non solo interdisciplinare ma anche interprofessionale (PDTA) calati e contestualizzati sui bisogni dei pazienti.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario De Santis

e-mail: mariodesantis@osservatoriosanitario.it

Interventi per mantenere i livelli produttivi in carenza di risorse

Pierluigi Tosi

La seconda metà del 2011 è stata una fase particolarmente difficile per la gestione dei conti pubblici. La posizione del nostro Paese è divenuta progressivamente più difficile e meno sostenibile, con conseguenze di tipo economico e politico.

Il DI 98/2011 e il DI 138/2011 hanno imposto una correzione all'indebitamento netto tendenziale della PA pari, secondo le stime ufficiali, a 2,8 miliardi di euro per il 2011, che sale a 28,3 miliardi di euro nel 2012, a 54,3 miliardi di euro nel 2013 e a 59,8 miliardi di euro nel 2014.

Il governo Monti – subentrato al precedente – ha ritenuto di adottare una nuova manovra, per contrastare il risultante peggioramento tendenziale dei conti pubblici. La nuova correzione imposta ai conti pubblici ammonta a 20 miliardi di euro nel 2012 e a poco più di 21 miliardi nel biennio successivo. Nel complesso le manovre varate comportano una correzione dell'indebitamento netto pari a circa 2,8 miliardi di euro nel 2011, che salgono a 48,5 miliardi nel 2012, a 75,6 nel 2013 a 81,3 miliardi nel 2014.

Ovviamente la sanità appare nel “mirino” dei prossimi tagli: perché dei 295 miliardi di euro di spesa pubblica ritenuta “aggredibile” o “rivedibile” nel medio periodo, la sanità ne copre circa un terzo.

In attesa che il governo “scopra le sue carte” e introduca i provvedimenti annunciati, il finanziamento per il SSN rimane quello fissato nell'ambito delle manovre di correzione varate nel 2011, precisamente nel DI 98/2011, che hanno imposto anche alla sanità un significativo onere, con una **riduzione delle risorse disponibili per il periodo 2011-2012.**

In tal modo, quelle risorse che nell'Intesa del dicembre 2009 dovevano essere rese disponibili dallo Stato sono, invece, **poste a carico delle Regioni che devono recuperarle attraverso un incremento della compartecipazione alla spesa per gli utenti.**

Inoltre, è stata stabilita una riduzione del finanziamento statale per gli anni 2013-2014: il finanziamento statale vigente, ottenuto incrementando quello del 2012 del tasso di variazione del PIL, è **ridotto di 2 miliardi per il 2013 e di 5,4 miliardi per il 2014**

La spesa in ambito sanitario è costituita da un 41% dal personale, dal 25% di servizi prodotti e dal 34% di servizi

acquistati: è chiaro che l'attenzione massima è rivolta al personale. E' per questo che abbiamo la necessità di cambiare i modelli organizzativi cercando di ridurre questo capitolo di spesa utilizzando il turn over pensionistico. Il turn over, nei prossimi anni, sarà altissimo se consideriamo che nel 2010 l'età media dei dirigenti dipendenti del SSN era di 50,8 anni e che ad oggi abbiamo una percentuale del 20% oltre i 60 aa.

Quindi per bilanciare i conti della Sanità la prima manovra da fare è la riorganizzazione del personale e contemporaneamente una ridefinizione della rete ospedaliera (che per una completa messa a regime ha la necessità di una riorganizzazione della rete territoriale).

La regione Toscana ha affrontato questo problema dando indirizzi precisi di riorganizzazione con la Delibera n. 1235/2012.

In seguito a questo atto di indirizzo le tre aree vaste della Regione (Aree di Coordinamento fra Azienda sanitarie, ciascuna delle quali ha una Azienda Ospedaliera Universitaria) hanno elaborato dei piani di riorganizzazione e ciascuna azienda il proprio piano in linea con quanto deciso in ambito di

Area Vasta. I punti su cui si articola il piano sono i seguenti:

1. riorganizzazione delle aree di degenza
2. recupero delle fughe dei pazienti fuori area vasta ma soprattutto fuori regione
3. miglioramento della performance di degenza media
4. appropriatezza dell'attività di ricovero
5. riorganizzazione dell'attività ambulatoriale
6. centralizzazione (in area vasta) delle attività di laboratorio
7. riorganizzazione del percorso chirurgico e di sala operatoria
8. sviluppo dell'organizzazione per processi
9. razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse aziendali e delle assegnazioni economiche per Beni di consumo alle strutture
10. rimodulazione delle strutture organizzative

I punti 1-2-3-4 vengono affrontati calcolando il n. di p.l. ordinari ottimizzando il tasso di occupazione al 90% su attività programmate ed all'80% su attività in regime di urgenza ottimizzando le degenze medie allineandole

Tabella 2 - Prospetto dei valori percentuali riclassificati dei costi dei servizi prodotti e acquistati

Tipologia	2003	2004	2005	2006	2007 Provvisorio
Costi servizi finali prodotti	16.662.768	18.419.305	21.299.471	22.676.577	24.504.490
	20,95	21,54	23,43	23,66	25,00
Beni sanitari	9,63	10,03	11,00	11,15	11,76
Beni non sanitari	0,78	0,75	0,76	0,68	0,69
Variazioni delle rimanenze	-0,13	-0,16	-0,15	-0,12	-0,02
Servizi appaltati	3,86	3,92	4,35	4,49	4,82
Spese amm. e generali	2,22	2,25	2,45	2,40	2,43
Altri servizi	2,28	2,35	2,51	2,56	2,84
Godimento di beni e servizi	0,85	0,90	0,91	0,95	0,88
Mantenzioni e riparazione	1,46	1,49	1,60	1,56	1,61
Costi servizi finali acquistati	29.329.051	31.730.162	31.210.421	32.824.591	32.706.298
	36,87	37,10	34,34	34,26	33,37
Farmaceutica convenzionata	14,07	14,15	13,09	12,92	11,81
Riabilitativa	2,51	2,49	2,43	2,38	2,27
Integrativa e protesica	1,49	1,51	1,58	1,61	1,65
Ospedaliera convenzionata	10,52	10,68	8,96	8,86	9,02
Specialistica convenzionata	3,61	3,62	3,55	3,66	3,70
Altra assistenza	4,68	4,66	4,72	4,81	4,91
Costo risorse umane	33.548.560	35.372.522	38.381.961	40.322.260	40.793.703
	42,18	41,36	42,23	42,08	41,62
Personale dipendente	27.945.427	29.505.370	31.758.597	33.414.590	33.796.683
Personale del ruolo sanitario	27,77	27,24	27,72	27,79	27,59
Personale del ruolo professionale	0,13	0,13	0,14	0,14	0,13
Personale del ruolo tecnico	4,41	4,31	4,19	4,10	3,98
Personale del ruolo amministrativo	2,82	2,82	2,89	2,84	2,78
Personale convenzionato	5.603.133	5.867.152	6.623.364	6.907.670	6.997.020
Costo intramoenia	1,01	1,00	1,03	1,02	1,02
Medicina di base	6,03	5,86	6,26	6,19	6,12
Totale costi per servizi prodotti e acquistati	79.540.379	85.521.989	90.891.853	95.823.428	98.004.491
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

alle migliori DM regionali per singolo DRG il tutto applicando un tasso di ospedalizzazione standardizzato a 120 ricoveri/1000 abitanti. Il MeS, struttura di riferimento regionale per la valutazione delle performance ha rilevato e monetizzato per ogni azienda della Regione Toscana una inappropriata che per noi è di circa 2.000.000 € (legata a prestazioni effettuate in regime di ricovero invece che in DH, in DH invece che in DS, etc) e pertanto in una logica di appropriatezza anche queste prestazioni vanno convertite in un regime idoneo.

Applicando tutti questi criteri e contemporaneamente potenziando le attività di alta specializzazione, riducendo le liste di attesa e recuperando le “fughe” siamo in grado di produrre di più con 100 posti letto di degenza ordinaria in meno ma con 20 di DH e Day Surgery in più, per un totale di riduzione di 80 p.l. pari all’11% del totale.

Il punto 5 (riorganizzazione dell’attività ambulatoriale) prevede invece:

- Estensione a tutto l’arco della giornata (08.00-19.00) dell’offerta dei servizi ambulatoriali e diurni
- Riduzione degli attuali tempi di attesa
- Passaggio a CUP del 100% della prenotazione delle Prime Visite
- Presa in carico del paziente in una logica di percorso per gli altri accessi (trasformazione degli strumenti di prenotazione in agende di percorso)
- Applicazione dei criteri di priorità previsti per l’attività ambulatoriale secondo le percentuali regionali

Il punto 6 (centralizzazione in area vasta delle attività di laboratorio) prevede una centralizzazione delle seguenti attività:

- Microbiologia e Virologia
- Medicina Trasfusionale (Officina Trasfusionale)
- Genetica Medica
- Anatomia Patologica

Il punto 7,8,9 (riorganizzazione del percorso chirurgico e di sala operatoria, sviluppo dell’organizzazione per processi, razionalizzazione dell’utilizzo delle risorse aziendali e delle assegnazioni economiche per Beni di consumo alle strutture) verranno così svolti:

- Informatizzazione del Percorso Chirurgico e di Sala Operatoria
- Riorganizzazione degli spazi e dei tempi operatori
- Sviluppo dell’organizzazione per Processi (Lean Organization)
- Razionalizzazione utilizzo risorse per Beni di Consumo:
Risparmi per circa € 2.000.000 nel 2013 vs 2012 (per effetto delle gare regionali sulla protesica e del recupero di appropriatezza prescrittiva sui farmaci)

Il punto 10 (rimodulazione delle strutture organizzative) verrà affrontato con l’applicazione delle soglie operative e volumi minimi per singoli interventi – procedure – patologie:

- Interventi chirurgici per Tumore Maligno Mammella Min 100 per Struttura

- Interventi chirurgici Colectomia Laparoscopica Min 100 per Struttura
- Casi di Infarto Miocardico Acuto (1° ricovero) Min 100 per Ospedale
- By-Pass Aorto-coronarico (isolato) Min 150 per Struttura
- Angioplastica Coronaria Percutanea Min 250 per Ospedale
- % Parti Cesarei (in Ospedali con > 1.000 parti) Max 25%
- % Interventi Fratture Femore entro 48h (età >65 anni) Min 60%
-

Tutto questo , relativamente soprattutto all’ottimizzazione dell’utilizzo dei posti letto, può essere fatto solo modificando l’attuale organizzazione, lavorando affinando i processi , per mettere in grado i nostri professionisti di gestire un maggior numero di utenti con un numero inferiore di p.l.

All’interno del presidio stiamo avviando l’organizzazione per letti di area ed intensità di cure: letti di area significa che lavoreremo su sezioni di circa 40 p.l. (sezioni separate per l’urgenza e la programmazione) senza una preassegnazione dei p.l. ad una struttura complessa ma da utilizzare in ordine di priorità, predeterminata dai professionisti, da chi ha pazienti.

Le classi di priorità sono:

CLASSE A:

Ricovero entro 30 giorni

casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque recare grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE B:

Ricovero entro 60 giorni

casi clinici che presentano dolore, o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE C:

Ricovero entro 180 giorni

casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l’attesa recare grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE D:

Ricovero entro 12 mesi

casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità, né possono per l’attesa modificare la prognosi.

Questa organizzazione ha consentito, quando lavoravo come Direttore Sanitario nell’ASFirenze, di ridurre del 20% i p.l. ordinari, di passare ad un TO di 85,4 rispetto al precedente di 81, con una DM di 5,6 gg rispetto a prima di 8,2 con un IR attuale di 55 rispetto a 36,6, gestendo in DH medico e chirurgico 8.529 utenti ed in Dai Service 2.656 (dati 2011).

In tutta questa riorganizzazione, nella quale sono stati coinvolti tutti i professionisti e circa 1.000 dipendenti di altre professioni sanitarie prevalentemente infermieri, siamo stati

fortemente coadiuvati da 4 ingegneri gestionali che hanno apportato le loro capacità nel riorganizzare i nostri processi con metodologie ed approcci di valutazione determinanti agli effetti del risultato.

Tutti i processi sono stati analizzati applicando una organizzazione LEAN scelta dalla Regione Toscana come modello da applicare nelle Aziende Sanitarie. Due parole su questa metodologia sono necessarie anche se non sufficienti a capire il metodo di lavoro.

Cosa è l'organizzazione Lean? E' un approccio culturale che fa vedere come superfluo tutto ciò che non dà valore aggiunto all'assistenza al paziente, preuppone:

1. un **nuovo modo di lavorare**;
2. un **radicale cambiamento di ruoli, professionalità e responsabilità**;
3. un ridisegno dei processi di **formazione**, al fine di favorire la crescita professionale e le capacità di **lavorare in team**;
4. uno sviluppo di nuovi modelli organizzativi coerenti con il cambiamento dei ruoli e delle responsabilità;
5. la **Valorizzazione dell'uomo** (come motore essenziale dell'attività e dell'organizzazione), a qualsiasi livello operi, la sua intelligenza e la sua capacità di collaborare per il raggiungimento del successo competitivo dell'Azienda;
6. che l'**obiettivo dell'Azienda** è fare in modo che i propri dipendenti abbiano una visione globale dei problemi, per ottenere un loro reale coinvolgimento ed un maggiore contributo al cambiamento ed al miglioramento continuo.

Non voglio parlare a lungo della Lean essendoci decine di libri sull'argomento e non essendo possibile descriverla in poche righe ma una buona sintesi è espressa in queste parole: "le lean est un voyage, pas une destination." e presuppone come prerequisito per capirla il saper vedere gli sprechi

definendo spreco l'impegno di risorse ed energie che non aggiunge valore al prodotto, il valore del prodotto è stabilito dal cliente finale. Quanto detto fa capire che è indispensabile attivare, prima di iniziare la riorganizzazione, un percorso formativo intenso per selezionare i più adatti e motivati per partecipare a questa "avventura".

Terminata questa prima parte che ho descritto in maniera particolareggiata vorrei illustrare brevemente gli altri settori che abbiamo affrontato:

- abbiamo, come regione, lavorato moltissimo sulla spesa farmaceutica anche utilizzando i generici e metodologie di distribuzione "non classiche" raggiungendo la più bassa spesa procapite a livello italiano;
- stiamo lavorando moltissimo sul territorio con la strutturazione di Case della salute, letti di cure intermedie, Chronic Care model, il tutto con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i servizi territoriali, consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA, di garantire una assistenza migliore ai pazienti affetti da cronicità, ed una dimissione precoce;
- ulteriori campi di intervento sono le tre ESTAV, una per ogni area vasta, con una centralizzazione presso di loro delle gare per acquisti di presidi, farmaci, beni e servizi, etc.

Mi piace concludere questa mia relazione con questa immagine che stimola a riorganizzarci.

Indirizzo per corrispondenza:

Pierluigi Tosi

e-mail: pierluigi.tosi@ao-siena.toscana.it



Per un sistema sanitario etico

Alfonso Giordano

La crisi economico-finanziaria che sta attraversando l'intero mondo occidentale, con l'epicentro in Europa, colpisce l'Italia più pesantemente rispetto ad altri partner europei. Le ripercussioni sul SSN sono altrettanto pesanti. Risorse a disposizione sempre in minore entità (per la prima volta nel 2013 il fondo sanitario nazionale non solo non ha avuto l'incremento ISTAT, ma è calato di un miliardo di euro tondo rispetto al 2012) con conseguenze maggiormente penalizzanti, in termini di salute, per le regioni sottoposte a piano di rientro e/o commissariate; il taglio dei posti letto ospedalieri, sostenibile, se non addirittura auspicabile, in un sistema che funziona, è servito nelle regioni in disavanzo, solo a ridurre le spese senza comportare un contemporaneo incremento delle attività territoriali; la ormai prossima revisione dei Livelli di Assistenza, che non sarebbero più "essenziali", ma "sostenibili", di fatto comporterà una caduta degli stessi, quale conseguenza diretta della riduzione generale delle risorse, più accentuata nelle regioni sottoposte a piani di rientro. E' intuitivo, infatti, che quel "sostenibile" si intenda come "economicamente sostenibile". In un contesto di crisi generale, richiami generici alla solidarietà, che pure ci sono stati, non hanno avuto nessun impatto. Ora viene da chiedersi, è possibile che un Paese come il nostro, che è tra le maggiori potenze industriali del mondo, che destina al SSN una percentuale del PIL che è tra le più basse fra le potenze industriali, possa avere come criterio di riferimento solo quello economico, anche quando si tratta della salute dei suoi cittadini? Occorre un cambio di passo. Da un lato si deve prendere atto che non è possibile tagliare ulteriormente le risorse destinate alla Sanità ed, in generale, al Welfare State; dall'altro bisogna prendere atto che non è più difendibile il sistema di Welfare, così come l'abbiamo conosciuto e ne abbiamo usufruito fino ad oggi: bisogna procedere ad una rimodulazione del SS che crei un nuovo equilibrio tra Ospedale e Territorio con una più elevata appropriatezza delle prestazioni e che eviti quelle situazioni di disagio con interi gruppi sociali che non possono più permettersi il ricorso alle cure. In altre parole una rimodulazione che ponga tutti i cittadini allo stesso livello rispetto all'accesso alle cure e non solo di fronte alla malattia, capace di rendere tutto il sistema sanitario non solo "economicamente" ma anche "eticamente sostenibile". Il problema è intendersi sulla definizione di Sistema Sanitario etico. Quando parliamo di sistema etico non ci riferiamo solo ai comportamenti umani, che pure hanno un ruolo preponderante, ma anche

ad una serie di valori comuni, criteri e procedure, discussi e condivisi a monte, che governano il sistema e che riguardano la distribuzione delle risorse (dallo Stato alle Regioni, dalle Regioni alle Aziende), i rapporti fra le diverse Istituzioni che governano la Sanità, il ruolo ed i comportamenti di ciascuno degli stake-holder, e infine la maniera (o per usare un termine più corretto, l'appropriatezza) con cui gli operatori sanitari traducono in prestazioni e servizi sanitari resi ai cittadini le risorse loro assegnate.

Il primo valore è l'equità, a cominciare dalla distribuzione delle risorse. I criteri adottati finora (distribuzione delle risorse col meccanismo della quota capitaria corretta per età anagrafica) di fatto hanno favorito le regioni centro settentrionali, notoriamente con quota di persone anziane di gran lunga superiore alle regioni del sud, e hanno rappresentato una delle cause del deficit delle regioni meridionali, interessate dal piano di rientro. La distribuzione delle risorse col meccanismo dei costi standard, che dovrebbe essere introdotto da quest'anno, sembrerebbe un criterio più equo rispetto al precedente, a patto che le condizioni di partenza dei vari sistemi sanitari

regionali, fossero simili. E' importante, quindi, che per lo meno inizialmente siano previsti meccanismi compensativi utili per il recupero di quelle sacche di inefficienza, a volte di arretratezza, che ancora oggi appesantiscono la sanità delle regioni meridionali. L'equità nella distribuzione delle risorse interessa anche il livello regionale. Anche a questo livello, non ci possono essere territori privilegiati rispetto ad altri, pena la garanzia per tutti i cittadini di avere uguale possibilità di accesso alle cure. Una volta assegnate, le risorse devono essere utilizzate, rispettando criteri di efficienza (rapporto tra risultato ottenuto e risorse impiegate), efficacia (intesa come capacità di soddisfare i bisogni e di raggiungere gli obiettivi prefissati) ed economicità (la capacità del sistema nel lungo periodo di utilizzare in maniera efficiente le proprie risorse, raggiungendo in modo efficace i propri obiettivi). L'osservazione delle due tabelle, con la prima (Mobilità 2010 - 2011) che mostra tutti i ricoveri dei cittadini della provincia di Salerno, fatti in strutture pubbliche ed accreditate del territorio ASL, fuori provincia e fuori regione e la seconda che mette a confronto solo i ricoveri delle strutture ubicate nel territorio della ASL negli anni 2011 e 2012, compresa la mobilità attiva, ci permette una serie di considerazioni. La prima, che il tasso di ospedalizzazione in provincia di Salerno, nonostante la riduzione dal 216 al 205/mille rimane abnormemente alto

MOBILITÀ 2010 - 2011

ASL SALERNO				
STRUTTURE	RICOVERI 2010	IMPORTO	RICOVERI 2011	IMPORTO
OSPEDALI ASL	108.390	236.400.575,99	85.646	192.052.763,82
C. di CURA ASL	39.437	75.505.118,73	38.453	80.005.775,51
C. di CURA PSIC.	953	6.807.116,29	1.312	7.834.574,15
A.O. "RUGGI"	31.075	89.119.786,45	44.409	121.709.391,13
FUORI PROVIN.	34.811	74.639.601,70	34.876	77.031.160,20
FUORI REGIONE	22.629	76.233.786,06	22.625	80.011.609,25
TOTALE	237.295	556.708.985,22	227.322	558.645.274,06
Mobilità attiva	18.880	35.368.518		

ASL SALERNO		
STRUTTURE	VALORE MEDIORICOVERO 2010	VALORE MEDIORICOVERO 2011
OSPEDALI ASL	2181,02	2242,40
C. di CURA ASL	1863,86	2080,61
C. di CURA PSIC.	7142,83	5971,47
A.O. "RUGGI"	2867,89	2740,64
FUORI PROVIN.	2144,14	2208,72
FUORI REGIONE	3368,85	3536,27
TOTALE	2346,05	2457,51

Tabella 1

(attualmente è fissato al 160%° abitanti. La seconda, che la riduzione è ottenuta per una caduta secca dei ricoveri delle strutture presenti sul territorio della ASL, mentre i ricoveri fuori provincia e fuori regione sono sostanzialmente invariati,

ricoveri). Tale numero è inversamente correlato alla capacità di risposta del territorio, che nella nostra regione, per carenza di personale e di strutture, non è stato messo nella condizione di soddisfare i bisogni più elementari di salute sgravando in questa maniera gli Ospedali da tutti quei ricoveri chiaramente inappropriati.

RICOVERI ASL SALERNO 2011 - 2012

	RICOVERI 2011	IMPORTO	VALORE MEDIO	RICOVERI 2012	IMPORTO	VALORE MEDIO
PUBBLICO	101.298	227.107.572,46	2241,97	99.390	224.858.760,71	2262,39
PRIVATO	44.630	95.943.507,39	2149,75	43.688	109.223.981,81	2500,09

Tabella 2

anzi con un aumento notevole del valore medio del DRG e quindi con un incremento delle passività. La performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, è legata al fatto che nel 2011 sono stati accorpati l'ospedale di Cava, il "Da Procida" di Salerno e l'Ospedale di M. S. Severino.

La seconda tabella ci dice come nella ASL la situazione anche nel 2012 non è mutata. Si rileva in verità che la mobilità attiva è lievemente aumentata, ma questo aumento è abbondantemente controbilanciato da un ulteriore caduta dei ricoveri dei cittadini della ASL. Ma il dato più interessante è l'aumento del valore medio delle strutture private accreditate, che per la prima volta supera, e di parecchio, il valore medio delle strutture ASL. Se ne deduce che le strutture pubbliche provinciali non riescono ad attirare i cittadini affetti da patologie particolarmente complesse ed ad alto peso; il privato accreditato invece, ha dato inizio ad una riconversione dell'attività indirizzandola verso DRG a più alto peso; comunque rimane elevato il numero dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza (circa 50.000

Per uscire da questa impasse, l'Azienda Ospedaliera Universitaria e gli ospedali della ASL sede di DEA di terzo livello, dovrebbero rimodulare la loro attività, puntando al recupero di quella mobilità in uscita ad alto peso e riducendo i ricoveri a basso peso trasformandoli in day Hospital e/o in prestazioni ambulatoriali. Se la riconversione dell'attività di questi Ospedali, avvenisse con il coinvolgimento delle strutture private accreditate con identici obiettivi, si potrebbe realisticamente puntare al recupero di buona parte di quella mobilità passiva che attualmente costa alle casse della ASL oltre 150 milioni di euro l'anno. Con questi fondi non solo si appianerebbe il deficit della ASL, ma si potrebbe finalmente far decollare le attività distrettuali creando quel circuito virtuoso in grado di assicurare al cittadino la prestazione giusta, al momento giusto, nel posto giusto, con modalità appropriata e in condizioni di sicurezza. Quella che all'apparenza poteva sembrare una semplice operazione di rimodulazione di attività, in realtà si rivela una vera e propria spending review dal contenuto altamente etico. Viene, infatti, ristabilita in questa maniera l'equità di accesso (tutti i cittadini possono ricevere all'interno della ASL le cure di cui hanno bisogno e non sarebbero più costretti all'emigrazione sanitaria) e contemporaneamente, grazie anche al grado di appropriatezza raggiunto, il rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Indirizzo per corrispondenza:
Alfonso Giordano
e-mail: alfonsogior@alice.it

Rischio clinico ed economia

Alberto Catalano

In ambito sanitario i principali fattori di rischiosità possono essere riassunti in cinque punti:

1. strutturali – tecnologici;
2. organizzativi – gestionali e condizioni di lavoro;
3. umani (individuali e del team);
4. caratteristiche dell'utenza;
5. esterni (normative, vincoli finanziari, contesto sociale, sindacali, assicurazioni).

In periodi di crisi economica generalizzata, inoltre, tali fattori di rischio risultano aumentare di intensità tanto da portare il filosofo Von Engelhardt ad affermare che é impossibile conciliare:

- contenimento dei costi
- qualità delle cure
- equità nell'accesso dei servizi
- libertà di scelta.

In un simile contesto il medico ricopre un ruolo estremamente importante dal momento che, oltre ad essere impegnato nella cura e nell'assistenza dei pazienti, non può prescindere da una razionale gestione delle risorse fino a dover diventare, a parere di Giorgio Cosmacini, "oltreché un buon diagnosta e un buon terapeuta, un buon pedagogo, che eserciti professionalmente una educazione alla salute la quale sia in grado di aiutare gli assistiti ad autoeducarsi e ad acquisire il necessario senso del limite. Un limite molteplice: fisiologico, giacché non possiamo dirci "più sani e più belli" a tutte le età della vita; scientifico, poiché la medicina, pur avendo fatto e facendo enormi progressi, non può fare tutto, non è onnipotente; economico, perché la medicina che non può fare tutto, non può neanche dare tutto, indiscriminatamente".

Ciò dimostra, ancora una volta, che la principale risorsa in sanità è quella umana e, prima fra tutte, è rappresentata dai medici.

Questi ultimi sono costretti a lavorare in condizioni sempre più difficili, con turni spesso stressanti a causa del mancato turn over, fino ad essere vittime di un vero e proprio stress lavorativo che, nella diversa modulazione con cui lo si vuole intendere, appare uno dei fattori capace di compromettere l'efficacia professionale, con diminuzione della qualità di vita dell'operatore e l'assunzione di comportamenti difensivi, tipici della sindrome del burn-out (F. Pellegrino).

A tale proposito è bene riportare la normativa in materia: DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (G.U. n. 101 del 30 aprile 2008)(aggiornato al decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106)

Art. 6.

Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro

Comma 8

m-quater) elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato

Art. 28.

Oggetto della valutazione dei rischi

1. La valutazione di cui all'art. 17 comma 1 lettera a, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

1-bis. La valutazione dello stress lavoro-correlato di cui al comma 1 è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui all'articolo 6, comma 8, lettera m-quater), e il relativo obbligo decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a fare data dal 1° agosto 2010.

La tutela dallo stress lavoro-correlato è, oltretutto, garanzia di sicurezza delle cure.

Infatti, è universalmente riconosciuto che le principali cause di errore medico sono:

- il carico di lavoro eccessivo
- la mancanza di supervisione
- la comunicazione inadeguata tra gli operatori
- l'ambiente di lavoro stressante
- la modificazione dell'organizzazione del lavoro
- la presenza di obiettivi in conflitto (per esempio, tra limiti economici dell'assistenza ed esigenze cliniche)
- il peso della burocrazia.

Da un'indagine condotta in su oltre 4000 medici si rileva che:

- Il 63% degli operatori riferisce che il lavoro può essere causa di ansia e tensione emotiva
- il 30% di depressione
- circa il 34% sostiene che le tensioni legate all'attività lavorativa può comportare una minore efficienza lavorativa.

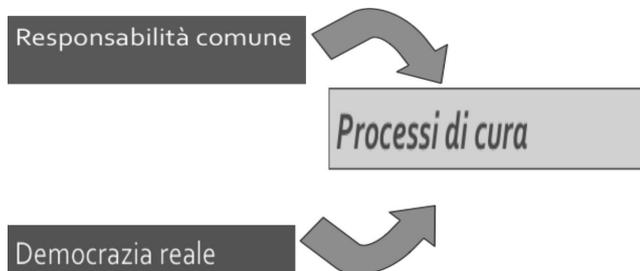
Ma se la situazione attuale è quella sotto gli occhi di tutti, è ancora attuale parlare di etica nella gestione della medicina, anzi per essere più precisi, della sanità?

La Medicina, infatti, appare oggi sospesa tra due esigenze alternanti:



La prima è un valore irrinunciabile della professione medica, la seconda impone scelte e guida indirizzi che potrebbero collidere con la precedente.

Il vero problema sta nel saper rivendicare, da parte dei medici, un **RUOLO ATTIVO** nella valutazione delle decisioni da prendersi di volta in volta.



E' necessario, pertanto, riconoscere come irrinunciabile la valorizzazione l'etica della responsabilità.

Essa si nutre anche attraverso la deontologia professionale, intesa come "l'insieme delle regole morali che disciplinano l'esercizio di una determinata professione".

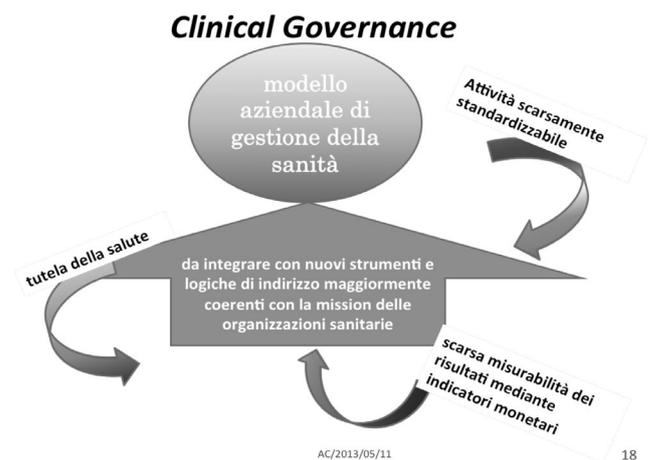
L'aumento dell'appropriatezza non deve essere, in sé, finalizzato a risparmi della spesa né a tagli delle prestazioni quanto ad un miglior uso delle risorse ed a una riduzione di prestazioni rischiose, in definitiva la ricerca del miglior risultato sulla salute dei singoli pazienti e della popolazione.

Lo strumento operativo potrebbe essere rappresentato dal governo clinico.

Il concetto di "Clinical Governance" nasce, per la prima volta, nel Regno Unito e, nello specifico, nell'ambito del Piano Sanitario del 1998 denominato "A First Class Service".

L'idea di fondo, contenuta nel citato Piano Sanitario, consiste nell'avvio di un programma sanitario, caratterizzato dall'assunzione di una serie di azioni conseguenti, finalizzato ad assicurare ai pazienti, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, i più elevati standard qualitativi possibili sul piano clinico assistenziale.

Senza dubbio, comunque, ogni possibile soluzione resta fortemente dipendente dal concetto imprescindibile di etica della responsabilità che deve essere valorizzata non solo dai medici, ma da tutti gli operatori della sanità e soprattutto da coloro che la amministrano.



Indirizzo per corrispondenza:
Alberto Catalano
e-mail: a.cat@speme.com

Il Direttore di U.O.C. di fronte alla riduzione delle risorse

Mario Iannotti

L'obiettivo dell'attività del Direttore è quello di perseguire l'efficienza e l'efficacia della Struttura Complessa diretta. E', di fatto, un'attività molto articolata e richiede grande impegno e molteplici competenze, anche distanti tra di loro. Dover badare oltre che alla garanzia del massimo rispetto dei compiti di vigilanza, operatività e continuità assistenziale nell'intero arco delle 24h ed alla funzione di continuità organizzativa, anche a formazione professionale, valutazioni, norme in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali, trasparenza ed informazione all'utenza, controllo, rilevazioni e trasmissione dati, gestione e controllo delle apparecchiature tecniche, controllo fattori di rischio biologico, per infortuni e condizioni di non sicurezza, sono necessarie capacità personali, collaborazioni e molto tempo. Per l'espletamento di tutti gli adempimenti non sono previste collaborazioni amministrative e/o gestionali e non è definito l'esatto debito orario, ma il raggiungimento degli obiettivi prefissati è oggetto di valutazione ed è obbligatoria la rendicontazione dei risultati conseguiti e degli obiettivi raggiunti. Tanto in una organizzazione di sistema che trascura di valutare l'omogeneità qualitativa dei servizi erogati, il rapporto costi/prestazioni ed ignora gli standard europei. Come dire: due pesi due misure. In Italia esistono di fatto differenti organizzazioni sanitarie regionali e locali che rendono negoziabile il diritto alla salute ed al rispetto delle Persone utenti o operatori che siano. La Politica non si preoccupa di assumere i migliori professionisti e retribuirli in base ai risultati e non si preoccupa di valutare la soddisfazione degli utenti. Con il sistema organizzativo attuale è difficile valutare con rigore l'efficacia o l'adeguatezza delle performances dei Direttori di Struttura Complessa e forse neanche interessa perché un'inversione totale di rendicontazione può avere un prezzo politico troppo elevato. C'è poco spazio per idee ed ideali quali il merito, la solidarietà, la giustizia sociale e l'efficienza e la sanità sta soffocando. I Primari non ci stanno ad accettare questo stato di cose perché di questo sistema sono l'incudine e perché sono i primi ad auspicare un sistema di reclutamento nuovo, di tipo meritocratico e sganciato dalla politica: un buon professionista si può scegliere valutandolo sulla base di criteri oggettivi che permettano l'identificazione di un profilo professionale chiaro, definito e misurabile. E' facile immaginare come sarà l'efficienza e la funzionalità dei nostri ospedali tra 5-10 anni quando tutti i Direttori di Struttura Complessa saranno Facenti Funzioni, cioè non abilitati da nessun concorso (attualmente in Campania sono 387) o settantenni. Nei fatti la Cassazione ribadisce che quello dei Direttori di Struttura Complessa non è un concorso e che il contratto sottoscritto dal vincitore è di tipo privatistico. Pochissimi Direttori di Struttura sono disposti a vivere nel presunto agio derivante dall'essersi messi in quota ai vincenti come cortigiani, portaborse o semplicemente utili idioti e neanche a loro conviene più questo status. Il Sistema Sanitario, in cui i Direttori di Struttura Complessa hanno un ruolo

molto significativo, con i tagli lineari imposti dalla Spending review è in difficoltà crescente con forti ricadute sulle Persone utenti e sugli Operatori. Le difficoltà sono ancora più pesanti per chi, pur avendone la responsabilità, non è in grado di impedire tali ricadute. Sono da considerare con allarme gli effetti distorcimenti sulla professione delle condizioni avverse e dei contesti sfavorevoli. E' lunga la lista delle "cose che un Direttore di Struttura dovrebbe contrastare: posti in barella o sulle scrivanie liste di attesa di mesi, mancanza di farmaci o lenzuola, la negazione di condizioni minimali di assistenza, trattamenti medici o diagnostici condizionati dalla mancanza di tecnologia e farmaci. Per tale condizione appare condivisibile quanto afferma Ivan Cavicchi: le professioni rischiano di diventare il loro contrario, cioè non professioni o quasi professioni. Chi crede di potersi accontentare deve rivedere la propria posizione deontologica e decidere di riprendersi la dignità personale e professionale riscrivendo le regole con i propri colleghi, con le associazioni di categoria e con i sindacati. Condizioni avverse che si possono modificare correggendo le politiche non opportune e la dubbia morale del sistema di governo sono il defianziamento, la regressività del sistema, l'antieconomicità, gli abusi. Azioni possibili da implementare con urgenza potrebbero essere:

- la determinazione delle piante organiche
- una organizzazione di tipo dipartimentale con una normativa che garantisca la "prossimità" del dirigente ai malati (principio già sancito dalla Cass. Sez. III n. 24144 del 29 novembre 2010)
- la razionalizzazione della spesa e la definizione degli effettivi fabbisogni
- la regolamentazione non arbitraria dei profili fondamentali relativi agli incarichi di direzione delle Strutture Semplici e Complesse
- la regolamentazione del processo di mobilità del personale
- la rimozione delle anomalie presenti sul territorio e lo sblocco dei concorsi per le direzioni di Struttura Complessa
- lo sblocco del turnover
- la regolamentazione dei contratti a termine
- il rispetto a livello periferico dei diritti conquistati a livello nazionale
- la lotta agli sprechi (la spesa complessiva è di quasi 113 miliardi di euro. Poco più del 7 per cento del prodotto interno lordo e circa 1.800 euro a testa ogni anno, dati del 2011 della Ragioneria generale dello Stato.)
- l'adeguamento contrattuale (non deve valere il patto "mi paghi poco ti do poco")

Ma mentre si discute restano in stand by leggi importanti quali l'assistenza territoriale e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). E ancora: fermi ai box il regolamento sugli standard ospedalieri, la revisione del sistema di



remunerazione della filiera distributiva del farmaco, le norme di contrasto alla ludopatia, i costi standard, la responsabilità professionale. Tutte questioni che rischiano di rimanere incompiute, visto il complesso scenario politico uscito dalle urne elettorali. Spetterebbe, infatti, al prossimo governo occuparsene, anche come nuovo interlocutore degli Enti locali.

Nel momento in cui per la sanità sono confermati i tagli e sembra riaffermarsi il disegno neoliberista di defanziare per introdurre i concetti di federalismo sostenibile responsabile ed obbligo delle Regioni in tema di non rispetto dei

costi standard, per una idea di equilibrata coesistenza tra Diritti e Limiti, il Parlamento - dice Riccardo Cassi - si deve impegnare a garantire uguali diritti ai cittadini italiani ed ai Medici che possano tornare ad essere Medici e non "dirigenti" sottoposti alla lottizzazione politica ed a verifiche esclusivamente di tipo economico.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Iannotti

e-mail: iannotti.mario@virgilio.it

Conciliare la buona medicina con la buona economia?

Ivan Cerino

Ancora prima che in medicina, etica ed economia sono due strade inconciliabili?

L'ETIMOLOGIA

Un primo collegamento possiamo coglierlo nell'etimologia dei termini. La parola "etica" viene dal greco ἠθικός che significa "dimora interiore", equivalente alla *recta ratio* di Cicerone, sede del tribunale interiore in cui l'uomo sceglie tra il bene e il male. E' un'esigenza morale condivisa, fondativa per l'altruismo che orienta i comportamenti umani alla luce di valori. La parola "economia" attualmente indica la scienza che studia la gestione di risorse limitate per soddisfare i bisogni individuali e collettivi, contenendo al minimo i costi. Il suo significato originario è tuttavia quello di regole, norme familiari; infatti, il termine economia viene dal greco οἶκος (casa) e νόμος (legge) ed ha in sé valenza etica, dal momento che indica la necessità di ricercare, nell'amministrazione dei beni di famiglia, il giusto mezzo tra risorse e valori. Successivamente, con la nascita degli Stati nel Medio Evo, il termine economia ha significato soprattutto l'amministrazione dei beni dello Stato.

IL RAPPORTO STORICO TRA ETICA ED ECONOMIA

L'economia si afferma come scienza autonoma con l'avvento della Rivoluzione Industriale. Adam Smith, filosofo ed economista scozzese, nella sua opera del 1776 "Indagine sulla natura e le cause della ricchezza delle nazioni" affermò che il sistema economico non richiede interventi esterni per regolarsi, poiché col libero commercio il singolo imprenditore, come condotto da una "mano invisibile", opera in modo utile a se stesso e alla società. Anche l'economista tedesco Max Weber, che studiò il capitalismo moderno, e l'economista italiano Vilfredo Pareto, che applicò per primo la matematica all'economia, contribuirono, agli inizi del 1900, al distacco tra etica ed economia. Nel 1932 l'economista inglese Lionel Robbins nella sua opera "Saggio sulla natura e il significato della scienza economica" affermò che "Non sembra logicamente possibile associare i due studi (economia ed etica) in una forma qualsiasi che non sia una semplice giustapposizione". Il divario tra le due scienze si accentuò, sempre agli inizi del 1900, con l'affermarsi della filosofia analitica e del positivismo logico, nei quali il pensiero anti-metafisico bollava come falsi problemi etica, estetica, religione, ovvero tutto ciò che non potesse essere verificato sperimentalmente. Famosa è la frase di L. Wittgenstein nel suo "Tractatus logico-philosophicus" del 1922: "Su ciò di cui non si può parlare si deve tacere". Nel complesso per gli "Incompatibilisti" l'economia è slegata da condizionamenti morali e politici, prevale l'individualismo etico, l'utile dei soggetti può aumentare solo se diminuisce quello di altri, l'etica (anche sanitaria) non è conciliabile con l'efficienza economica. Nel 1970 ritorna l'interesse per l'etica: l'econo-

mia è strumento dell'uomo, si occupa delle persone e queste non possono non chiedersi in che modo sia giusto vivere, come allocare le risorse pubbliche, quali risultati sociali vadano perseguiti, ecc. Una svolta storica nel rapporto tra etica ed economia si è avuta con Amartya Kumar Sen, economista indiano premio Nobel per l'economia nel 1998. Per Sen notevoli sono i progressi raggiunti autonomamente da etica ed economia, ma la mancata sinergia tra le due scienze comporta inevitabilmente un impoverimento sociale; la stessa economia nasce dall'esigenza politica di utilizzare gli strumenti per la gestione delle risorse a favore del bene del singolo e della società. Rivoluzionarie sono alcune sue intuizioni, quali ad esempio quella di rapportare lo sviluppo economico non all'aumento del reddito, ma all'aumento della qualità della vita, come pure sua è l'idea che il miglioramento del benessere sociale va valutato soprattutto sulle classi più svantaggiate che non devono essere private dei diritti fondamentali. Nell'opera "Etica ed economia" del 1988 egli addirittura afferma: "L'economia, così come si è venuta costituendo, può essere resa più produttiva se presta maggiore e più esplicita attenzione alle considerazioni di natura etica che informano il comportamento e il giudizio umani". Al contrario degli Incompatibilisti, i Riconciliazionisti, dunque, sono fautori di una teoria economica "aperta", dal momento che le risorse vengono affidate alla gestione economica "dall'esterno", assegnate in base a valori che non possono essere disattesi dall'analisi economica; al contrario questi devono integrarsi nelle scelte concrete. L'etica diventa così disciplina delle ragioni economiche e l'economia non è più vista come fine, ma come strumento a servizio del benessere sociale. In campo sanitario la domanda di efficienza può e deve essere ricomposta con gli obblighi etici.

TUTELA DELLA SALUTE E MODELLI ETICI

La tutela della salute subisce la naturale limitazione delle risorse e l'economia interviene per assicurare il miglior risultato con la minima spesa. Ciò che può suscitare il contrasto ed accendere il dibattito etico è il modo con cui tale obiettivo viene perseguito, cioè i criteri con cui sono definiti i bisogni, è stabilita la misura dei bisogni da soddisfare, sono individuate le priorità in campo macro e microallocativo. Tutte queste sono certamente questioni che chiamano in causa l'etica, ma è importantissimo considerare l'impostazione etica di riferimento, poiché i modelli di assistenza sanitaria variano notevolmente in ragione del modello etico scelto:

- Utilitarismo (Bentham – Mill – Sen – Singer – Beauchamp – Childress – Lyons). Il valore/dovere di riferimento è l'utile: le scelte vengono fatte in ragione del beneficio assicurato alla maggioranza delle persone, rispettando criteri di efficienza (costo/benefici). C'è priorità per i casi in cui è possibile il recupero sociale. E' tutelata la salute/qualità di vita dei più rispetto al singolo che è

sacrificabile per il bene comune; lo Stato privilegia l'utile sociale rispetto a quello del singolo cittadino.

- Liberalismo (Smith – Ricardo – Hayek – Nozick – Dworkin). Il valore di riferimento è la libertà, con un'economia strutturata sulle leggi di mercato. Lo Stato rispetta la libertà individuale e fa da "spettatore discreto" ai problemi sociali (Minimal State). Non c'è diritto alla tutela della salute e l'accesso al Sistema Sanitario è a pagamento (polizze assicurative). Prevale il modello di giustizia commutativa, in cui il retto rapporto tra gli individui è basato sulla giustizia come habitus interiore.
- Egualitarismo (varie espressioni). Afferma l'uguaglianza per tutti (indigenti inclusi) nell'accesso ai diritti fondamentali, tra cui la tutela della salute. Se ne fa garante lo Stato (Maximal State) che assicura la presenza di strutture capillarmente diffuse sul territorio per la prevenzione, la cura e la riabilitazione (giustizia distributiva).

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO (SSN)

E' attualmente basato sul modello distributivo-egualitario, in cui lo Stato assicura a tutti la tutela della salute, utilizzando risorse cui contribuiscono tutti i cittadini col pagamento di tasse proporzionali al reddito (art. 53 della Costituzione italiana: "Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva"). La Repubblica Italiana "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" (Costituzione Italiana, art. 32); ciò è attuato "nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" (art 1, legge 833/1978 sull'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale). La sanità, tuttavia, assorbe in Italia circa 1/3 della spesa pubblica; ne consegue, particolarmente in tempo di crisi economica, un SSN in affanno, in cui si è passati, nel tentativo di contenere le spese, dalla razionalizzazione (percorsi diagnostico-terapeutici, ticket, riduzione fasce esenti, ecc.) a ciò che assomiglia sempre più ad un razionamento delle risorse (riduzione dei servizi, riduzione del personale, liste d'attesa, ecc.). Il paradosso della Medicina sta nel fatto che più essa progredisce, migliorando le aspettative di vita, più difficoltoso diventa l'accesso alle cure a causa dell'aumento dei costi. Rimandiamo alla fig. 1 per una sintesi delle cause che

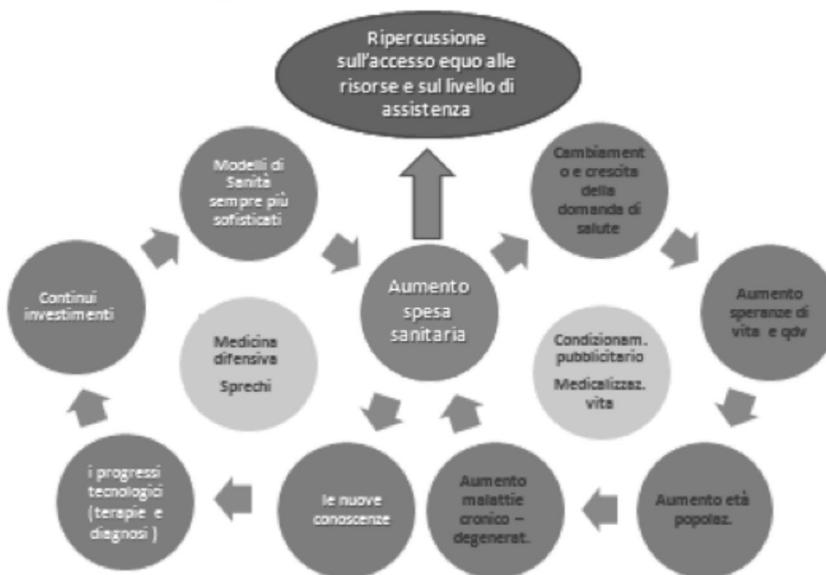
generano l'aumento della spesa sanitaria. Vogliamo tuttavia sottolinearne alcune: il cambiamento, nella società odierna, del concetto di salute, intesa sempre più come "benessere" collegato a beni di consumo, quali diete e integratori; il ricorso a palestre, nonché alla medicina estetica per la cura dell'aspetto fisico; la cosiddetta "medicalizzazione della vita" che ha creato nuove malattie, quali ad es. l'infelicità e la timidezza, considerate come disturbi sociali da curare; la fiducia nell'onnipotenza della medicina che spinge a considerare malattia e morte come "incidenti di percorso" di cui ha sempre colpa qualcuno. Ciò rischia di rendere conflittuale ogni scelta sanitaria ed incrementa il ricorso alla medicina difensiva, con l'aumento indebito dei costi della sanità attraverso la prescrizione cautelativa ma inappropriata di test, trattamenti o visite, ovvero evitando la presa in carico di pazienti ad alto rischio.

IL RUOLO DELL'ETICA NELLA RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE

"In presenza di un'inevitabile limitatezza delle risorse finanziarie, non è consentito poter spendere senza limite, avendo riguardo solo ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza; al contrario, occorre commisurare la spesa alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità e il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute" (Sentenza Corte Costituzionale 355/1992). Come si è detto, la valutazione delle priorità chiama inevitabilmente

in causa l'etica, dal momento che la scelta ha per oggetto una scala di valori. Possiamo quindi parlare di priorità eticamente guidate per conciliare medicina ed economia, efficacia ed efficienza. Con riferimento al modello etico egualitario, le scelte allocative finalizzate al bene della persona sono guidate a livello macro-allocativo dai principi di: 1) Socialità (salute come bene comune, anche in senso economico, da tutelare; responsabilità del singolo nelle proprie scelte e stili di vita per l'impatto che possono avere sulla salute altrui, ma anche sulla propria, impoverendo la società del suo contributo); 2) Sussidiarietà (coordinamento delle attività di singoli e di gruppi senza sostituirsi ad essi; intervento là dove maggiore è la necessità, aiutando chi non è in grado di sopperire ai propri bisogni); 3) Solidarietà (iniziative spontanee volontarie, individuali e di gruppi); 4) Responsabilità (pretendere solo prestazioni giustificate e ragionevoli in rapporto ai concreti equilibri politici, sociali, economici del paese, senza

Fig. 1: Un ciclo chiuso



dimenticare le esigenze delle generazioni future). A livello micro-allocativo le scelte sono guidate, per la selezione dei pazienti, da parametri di: 1) Urgenza (in primo luogo la salvaguardia della vita, poi le malattie causa di disabilità, a seguire le altre. In caso di parità di urgenza può valere la lista d'attesa); 2) Proporzionalità terapeutica (i benefici attesi devono essere superiori o almeno uguali ai rischi previsti, evitando sia carenze assistenziali che accanimento terapeutico).

L'APPROPRIATEZZA E'IL CARDINE PER INTEGRARE EFFICACIA ED EFFICIENZA

Ricordiamo che per definizione l'Azienda Sanitaria è un Istituto Etico pubblico che ha lo scopo di assicurare il diritto alla tutela della salute, pertanto in essa i fini etico-sociali prevalgono su quelli economici. Ha una propria gestione per la definizione degli obiettivi e per l'impiego delle risorse economiche ed umane, garantendo un'assistenza sanitaria basata sull'efficacia (preventiva, terapeutica, riabilitativa), sull'efficienza (massima quantità di servizi col minor impiego di risorse) e sull'equità (tutela della salute in modo proporzionato ai bisogni concreti del singolo). Quando una prestazione sanitaria è ad un tempo efficace ed efficiente, si definisce appropriata, poiché raggiunge il miglior risultato col minimo impiego di risorse. Il medico deve prendere coscienza del fatto che ormai ogni relazione terapeutica assunta col paziente deve guardare anche all'interesse delle persone – potenziali pazienti - della comunità che usufruisce delle stesse risorse economico-sanitarie, evitando prestazioni assistenziali inappropriate. L'appropriatezza organizzativa richiede che l'assistenza richiesta coincida con l'assistenza offerta. In base alle caratteristiche cliniche del paziente, l'assistenza sarà, infatti, di tipo ospedaliero, ambulatoriale o domiciliare. L'appropriatezza clinica chiama in causa il giudizio clinico, cioè l'efficacia di una prestazione sanitaria che dovrà apportare il massimo beneficio col minimo rischio/disagio per il paziente; a tal riguardo sarà utile far riferimento a protocolli clinici sperimentati (Evidence based Medicine). A parità di efficacia sarà preferito l'intervento di minor costo, conciliando così efficacia ed efficienza. C'è poi un'appropriatezza connessa ad altre variabili legate al paziente: qualità di vita, attese/soddisfazione percepita, preferenze, valori culturali e sociali, ecc. Non va dimenticato, infatti, che ogni paziente è una persona di cui va salvaguardata la dignità.

IL MEDICO COME AGENTE MORALE E COME DUPLICE AGENTE

Da quanto detto emerge che il risparmio della spesa pubblica è un risultato implicito dell'appropriatezza dell'operato del medico che deve farsi carico delle cure mediche del paziente, ma anche dei costi che esse comportano per la società (in ciò egli è duplice agente). Va detto che è nella medicina del quotidiano (bedside) che alberga buona parte dei problemi etici collegati all'utilizzo delle risorse (accesso del paziente al SSN, qualità e quantità di assistenza che segue all'accesso). A tal proposito ricordiamo come già a livello universitario sarebbe importante curare la formazione del medico anche nel campo economico per ciò che concerne la gestione delle risorse, accanto alla formazione etico-deontologica e professionale. Ciò consentirebbe al medico, che oltretutto è la persona più qualificata per stabilire il nesso tra epidemiologia delle malattie, loro impatto sulla salute e

conseguenti priorità allocative e di intervento, di partecipare a pieno titolo alle decisioni programmatiche macro e micro-allocative per una razionalizzazione delle risorse in sanità. Non va dimenticato, poi, che tutto il personale sanitario ed amministrativo che opera in sanità ha il dovere di unire alla conoscenza intellettuale della materia di cui si occupa (obbligo di aggiornamento incluso) l'etica della responsabilità del proprio operato, rivolto a persone che versano in uno stato particolare di fragilità, quale è appunto la malattia. Tuttavia è soprattutto l'arte medica che quotidianamente è intrinsecamente legata a decisioni a valenza morale nel ricercare il bene della persona, coniugando di continuo efficacia, efficienza ed etica deontologica: parliamo di "un'arte medica come relazione", nel pieno rispetto della dignità umana. Infine, è compito del medico aiutare i propri pazienti ad acquisire il senso del limite fisiologico (legato alle età della vita), del limite scientifico (legato ai limiti della medicina), del limite economico (l'assistenza di qualità non è necessariamente tutta l'assistenza disponibile).

LE DIMENSIONI ETICHE DELLA SALUTE

Le dimensioni etiche della salute non sono confinate nelle questioni che abbiamo affrontato e che competono strettamente al mondo sanitario, ma abbracciano tutto il sistema socio-politico. Particolare attenzione va posta alla prevenzione, non solo in campo medico, poiché essa riduce la richiesta di salute, attenua i conflitti sociali, guarda alle generazioni future. E' prevenzione, infatti, anche: 1) Una politica attenta al miglioramento delle condizioni economiche della popolazione, per elevarne le condizioni di vita (ambienti abitativi, alimentazione, igiene); 2) L'educazione alla responsabilità personale (igiene alimentare, igiene personale, stili di vita a rischio quali alcool – fumo – droghe, responsabilità sociale delle scelte personali); 3) L'attenzione all'etica dell'ambiente (contaminazione di aria, acqua, suolo, ambienti di vita); 4) Sostegno alla solidarietà familiare e sociale che svolge e sopporta un ruolo critico ed essenziale soprattutto nelle malattie invalidanti.

QUALI CONCLUSIONI?

Le scelte economiche non sono mai esclusivamente tecniche, poiché ogni azione umana, al di là dei valori di riferimento, ha valenza etica intrinseca. Le scelte si differenziano, infatti, per motivi etici, non tecnici. Le decisioni economiche, in quanto scelte umane, non sfuggono a questa logica e fanno comunque riferimento ad una chiave di lettura antropologica che è il bene della persona. L'etica, da parte sua, come scienza e come risorsa in sé vale a garantire scelte allocative adeguate per raggiungere il medesimo scopo: il bene della persona. Dunque etica ed economia non percorrono strade diverse quando insieme cercano soluzioni dignitose per l'uomo.

Indirizzo per corrispondenza:

Ivan Cerino

e-mail: ivancerino@tin.it

I costi della medicina difensiva

Giancarlo Faletti

La Commissione parlamentare di inchiesta negli errori sanitari ha pubblicato la relazione finale sulla spesa sanitaria in Italia. Secondo quelle risultanze, l'eccesso delle prescrizioni sanitarie, atte ad evitare eventuali contenziosi con i pazienti, pesa sulla spesa pubblica per circa 10 miliardi di euro. Nel decennio 1995-2005, la spesa sanitaria complessiva è cresciuta in Italia da 48 a 92 miliardi l'anno; è prevista la conferma della crescita per il futuro. Nel 2011 la spesa si è attestata sui 112 miliardi, con un ulteriore incremento del 2,2% per il 2012. La così detta medicina difensiva rappresenta la componente più rilevante ed equivale allo 0,75% del PIL, cioè 10 miliardi: la stessa somma incassata dallo Stato per l'IMU nel 2012; più o meno la stessa cifra investita in Italia in ricerca e sviluppo.

L'incidenza della medicina difensiva sulla spesa sanitaria, pari al 10,5%, è così ripartita: 1,9% per i farmaci; 0,7% per esami di laboratorio; 0,8% per gli esami strumentali; 4,6% per i ricoveri.

Dalle risultanze dell'indagine della Commissione riferite all'anno 2010, il 53% del campione di medici coinvolti ammette di prescrivere farmaci a scopo "difensivo" che, in termini percentuali, corrispondono al 13% delle prescrizioni complessivamente disposte da un medico. La percentuale sale al 21% se si comprendono anche le visite specialistiche. A gravare sui costi del SSN, occorrerebbe poi anche calcolare l'incidenza degli esami di laboratorio e strumentali la cui finalità pare più rivolta alla tutela dell'attività svolta dal sanitario che non all'effettivo interesse terapeutico del paziente.

Eppure, nei confronti del SSN nel suo complesso, i dati disponibili manifestano una plateale differenza tra la percezione degli interessati e la oggettività delle risultanze di sistema. Da un sondaggio della U.E. del 2010, emerge come gli italiani soddisfatti per la qualità dei servizi sanitari sono appena il 54%, rispetto all'87% degli inglesi e al 91% dei francesi: peggio di noi, Portogallo, Grecia ed i Paesi dell'est Europeo.

Secondo un sondaggio Gallup tra i Paesi OCSE, il 53% degli italiani ha fiducia nel SSN, peggio che in Turchia e Messico, ben lontani da Francia e Regno Unito. Ancorché non entusiasti, gli italiani promuovono però la qualità dei servizi pubblici con percentuali che raggiungono la sufficienza nel 90% dei casi: l'eccellenza non è, invece, così diffusa. Secondo un'indagine Eurispes del 2011, l'insoddisfazione dell'utenza nazionale è molto alta in specie per i tempi di attesa e la qualità dell'assistenza ospedaliera (61%) mentre diversa è la risposta per chi abbia fatto esperienza diretta dei servizi: 88% di soddisfazione per l'assistenza medica e infermieristica ricevuta durante il ricovero, 68% per il vitto, 78% per i servizi igienici. Nonostante tutto, l'85% degli italiani non gradirebbe un servizio sanitario diverso dal sistema impostato sul SSN. La disaffezione si giustifica per l'eccesso di burocrazia, la disorganizzazione dei servizi, le lunghe liste di attesa, le code in ambulatorio, la mancanza di informazioni.

Incidono altresì l'ombra della "malasanità", delle truffe che periodicamente si manifestano, degli episodi di mal pratica, della doppia morale che consente di ottenere, subito ed a pagamento, ciò che non si riceve secondo l'ordinaria pubblica trafila. Non piace neppure l'ingerenza dei partiti nella nomina dei direttori e nella gestione della sanità.

Se, invece, l'esame si riferisce ai dati oggettivi del sistema, il SSN garantisce una speranza di vita tra le più alte al mondo (81% nel 2008, terzo dopo Giappone e Svizzera) e un tasso di mortalità standardizzato tra i più bassi in assoluto (483,3 per 10 mila abitanti, al quarto posto). La speranza di vita aggiustata per disabilità è la terza al mondo (74 anni nel 2008) e gli anni persi per morte prematura o svalutati per la disabilità sono i più bassi (8.985 per 100 mila abitanti) dopo il Giappone. In complesso, l'Italia ha un sistema sanitario di eccellenza, collocato al terzo posto al momento dopo Francia e Islanda (Nolte e McKee: 65 decessi evitabili per 100 mila abitanti; Germania 16°, Regno Unito 19°, Stati Uniti 24°).

Perché, allora, se il sistema appare, nel complesso, affidabile, il trend che interessa la crescita dei costi destinati alla c.d. Medicina difensiva non accenna a stabilizzarsi? E quali sono le ragioni per cui i singoli operatori, medici per lo più, si ritengono più tutelati ricorrendo a quella - prudente? - soluzione?

Anche in questo caso, dai lavori della Commissione parlamentare si traggono utili indicazioni. Da un lato, la maggiore consapevolezza dell'utenza ha progressivamente scardinato l'originario rapporto di "sudditanza", quantomeno culturale, che coinvolgeva medico e paziente. Maggiore consapevolezza significa anche più attenzione ai trattamenti sanitari proposti per la cui esecuzione non a caso è richiesto il consenso del destinatario adeguatamente informato. D'altro lato, la evidenziazione delle responsabilità ha sviluppato "un nuovo indirizzo culturale e quindi giurisprudenziale, diretto ad incrementare esponenzialmente il risarcimento del danno biologico ed esistenziale". Di riflesso, le imprese di assicurazione hanno aumentato, in termini a volte oggettivamente inaccettabili, l'entità dei premi richiesti alla struttura e/o al singolo, fino al punto di non ritenere più profittevole la commercializzazione di quel genere di polizze ovvero da indurre le singole strutture a praticare forme di auto-assicurazione, determinanti per la verità - un consequenziale scarico di responsabilità sull'operatore, certamente più vaso di coccio al cospetto dei più robusti vasi (assicurazione e struttura sanitaria).

La risposta del singolo professionista, allora, si è caratterizzata con la modifica dei propri comportamenti professionali, introducendo - quale non secondario obiettivo degli interventi terapeutici proposti - quello di evitare per sé conseguenze di pregiudizio.

La tendenza a sviluppare forme siffatte di comportamento professionale appare sempre più generalizzata, sia in termini territoriali, sia riguardo le specialità coinvolte. Una

ricerca della Harvard Medical School del 2005 indicava nel 93% dei medici interpellati i “cultori” della medicina difensiva, il 43% dei quali ammetteva – senza remore - di aver prescritto esami diagnostici non necessari. In Italia, una ricerca condotta dall’Ordine dei Medici di Roma conduceva a risultati del tutto coerenti con la “generalizzata” impressione: il 78,2% dei medici reputa di correre un maggior rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato, il 68,9% pensa di avere tre probabilità su dieci di subirne, per il 25% quella probabilità è addirittura superiore. Solo il 6,7%, spudoratamente ottimista, ipotizza di non doverne subire.

Più preoccupanti sono le “deviazioni” comportamentali che ciò induce: il 65,4% ritiene di ricevere una pressione indebita nella pratica clinica quotidiana a causa del potersi verificare di quella evenienza; il 65,8% ricorre alla medicina difensiva a causa del clima attuale nei confronti dei medici presso la pubblica opinione; il 57,9% attribuisce l’iniziativa alla magistratura; ovvero, ha fatto tesoro della esperienza già subita da altri colleghi (48,4%); ovvero, teme e perciò previene ipotesi sanzionatorie, compromissioni di carriera, danni alla propria immagine professionale; teme di perdere i propri pazienti ovvero le critiche dei colleghi.

Ma, le ragioni investono anche direttamente il sistema e la sua organizzazione: il 77,2% dei medici interpellati reputa che le norme che disciplinano la responsabilità professionale si ripercuotano negativamente sulla qualità delle cure mentre secondo l’83% esse influenzano negativamente anche il rapporto medico/paziente; circa un terzo degli intervistati critica il poco tempo a disposizione per interloquire con i pazienti (anche a scopo terapeutico oltreché di trattamento); l’85,5% segue linee guida, protocolli, standard, il 70% non si lascia influenzare dal costo delle prescrizioni.

Queste conclusioni conducono a dare corpo economico ai dati esposti all’esordio: peraltro, anche a non voler considerare il dispendio di risorse, la medicina difensiva è certamente la sconfitta dell’orgoglio professionale, dalla capacità del medico raziocinante che immola sull’altare della (presunta) tranquillità personale la qualità della prestazione richiestagli. Scrive la Commissione parlamentare che quella sconfitta non solo si traduce in costi umani evitabili (una indagine diagnostica inutile induce comunque sofferenza) ma incide sul rapporto medico/paziente, deviando, a vantaggio della sicurezza giudiziaria, la scelta del trattamento sanitario (in)adeguato, procurando così al paziente un danno evitabile, quanto meno in termini di mancato o ridotto ristoro della salute.

Come intervenire? “La diminuzione della possibilità di un evento avverso riduce la probabilità di un danno ingiusto” e della correlata responsabilità attribuita all’operatore: dunque in prima battuta, occorrerebbe intervenire sulle cause

strutturali che concorrono a determinare il danno iatrogeno. Alcuni suggerimenti erano stati formulati dalla Commissione sul rischio clinico istituita fin dal 2003: essi si possono grosso modo ricondurre a tre gruppi di intervento. 1. Redazione di linee guida e raccomandazioni dirette agli operatori per una corretta gestione dei processi che riduca il rischio di eventi avversi (cui dovrebbe seguire la depenalizzazione di eventuali fatti lesivi conseguenti a siffatta modalità di intervento); 2. Atti politici di impulso e concerto per la stimolazione di progetti e iniziative multilivello con i Servizi Sanitari Regionali; 3. Iniziative di carattere generale, indirizzate anche verso la collettività, con l’intento di concorrere, con la maggiore consapevolezza, alla riduzione del rischio.

Purtroppo, una elencazione di quel genere, priva di strumenti volti a garantirne la coerenza e vincolatività dell’applicazione delle indicazioni di buona pratica è destinata a non mieterne successi ridondanti; ciò che forse manca a questo Paese è una consapevolezza condivisa dell’esistenza del problema e della correlativa adeguata risposta comportamentale. Un fatto di cultura non facilmente surrogabile.

Interventi di altro respiro e di diversa sensibilità sono quelli rinvenibili, ad esempio, nel programma USA “choosing wisely” (scegliere con saggezza) ispirato al concetto che “le prestazioni caratterizzate da un alto valore sono quelle in grado di produrre i migliori risultati in termini di salute, per gli individui e la popolazione, ai costi più bassi”. La campagna USA muove dal riconoscimento che almeno due sono gli importanti fattori di successo di qualunque intervento di riduzione degli sprechi e di miglioramento della qualità dell’assistenza: il contestuale coinvolgimento di professionisti e cittadini; un metodo fortemente orientato alla operatività.

Scrivo in proposito un illustre cattedratico nazionale che “l’autonomia decisionale del paziente, giustamente rivendicata, ha un punto di riferimento ed una base di supporto irrinunciabile nel corretto rapporto con il medico competente e disponibile, tanto affabile quanto affidabile, capace di consigliare, comprendere, convincere. In ciò consiste il buon metodo, quello che consente al medico di risolvere, con il concorso del paziente debitamente informato e responsabilizzato, ogni caso clinico complesso, tanto più se questo concerne la dimensione corporea del malato che è tanta parte della totalità della sua stessa persona”.

Che si debba, allora, pensare ad un medico che faccia il dottore?

Indirizzo per corrispondenza:

Giancarlo Faletti

e-mail: giancarlo.faletti@studiolegalefaletti.it