

I benefici degli investimenti pubblici in sanità: il caso dell'oncologia

Il clima da costante spending review che ormai da diversi anni permea (anche) la sanità pubblica non deve far perdere di vista che di revisione e lotta allo spreco si tratta, e non di tagli indiscriminati o lineari che dir si voglia.

In particolare è risaputo che la contrazione degli investimenti costituisce un grave danno per le prospettive dell'economia e dell'occupazione, e da più parti in Italia e in Europa si propongono meccanismi che li salvaguardino dalle riduzioni di budget imposte dalla situazione di finanza pubblica italiana.

Per le peculiarità proprie della sanità, dove a tutti i cittadini viene garantito l'accesso alle cure e la libertà di scelta della struttura sanitaria, a fronte di un finanziamento a 'quota capitaria' – ovvero a cifra forfettaria per residente – erogato a Regioni e Ausl, il problema degli investimenti (o dei mancati investimenti) ha delle ricadute ancora più rilevanti che in altri settori della pubblica amministrazione (istruzione, sicurezza, difesa, etc), come qui cercheremo di illustrare.

Non effettuare investimenti e aggiornamenti tecnologici delle strutture pubbliche, in settori critici quali l'oncologia, può infatti portare a effetti paradossali: si tenta di risparmiare e si finisce per spendere due volte! Come può accadere?

Sembra un caso limite, invece è purtroppo molto diffuso, specie nell'Italia meridionale dove spesso le strutture pubbliche soffro-

no di più. Un caso concreto, riportato da una esperienza professionale vissuta, potrà essere esemplificativo.

L'ambito, come accennato, è quello dell'oncologia, forse il settore della medicina a maggiore crescita di impatto sanitario, sociale ed economico. A causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento dell'incidenza e del miglioramento nella sopravvivenza, il numero di malati (prevalenza) cresce nel nostro Paese a un tasso annuo del +3,5% (dati AIRTUM). L'evoluzione tecnologica e lo sviluppo di farmaci innovativi hanno un effetto moltiplicatore sulla spesa per beni e sui consumi di prestazioni.

Per la radioterapia è stato stimato che nel periodo 2012-2025, in Italia, la domanda di trattamenti radioterapici aumenterà di oltre 20 punti percentuali¹. Inoltre, un recente lavoro ha stimato un sostanziale gap tra l'utilizzo definito 'ottimale' secondo criteri evidence-based e l'effettivo utilizzo della radioterapia, con la maggior parte dei Paesi europei in grado di effettuare solo l'80% dei trattamenti necessari alla popolazione².

In tale contesto, una struttura di radioterapia del Presidio ospedaliero della Ausl, per molti anni punto di riferimento nel suo territorio, si trova a ridurre progressivamente i volumi prestazionali a causa della progressiva obsolescenza delle tecnologie possedute. Le Direzioni aziendali rimandano i consistenti investimenti necessari, costrette dai vincoli di finanza pubblica.

Ovviamente il bisogno dei cittadini non si riduce, per cui inizia un trend di incremento progressivo di mobilità passiva verso strutture intra ed extraregione, oltre a un ricorso crescente al privato accreditato.

Pertanto, ai costi della radioterapia della Ausl, che si mantengono sostanzialmente invariati in quanto prevalentemente fissi e

Figura 1. Fattori incidenti sulla crescita della spesa oncologica.

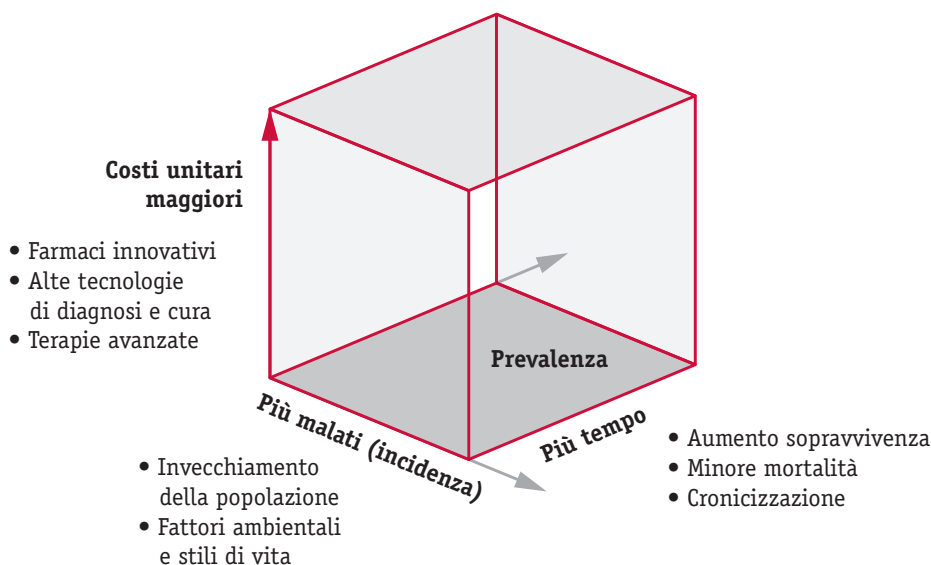
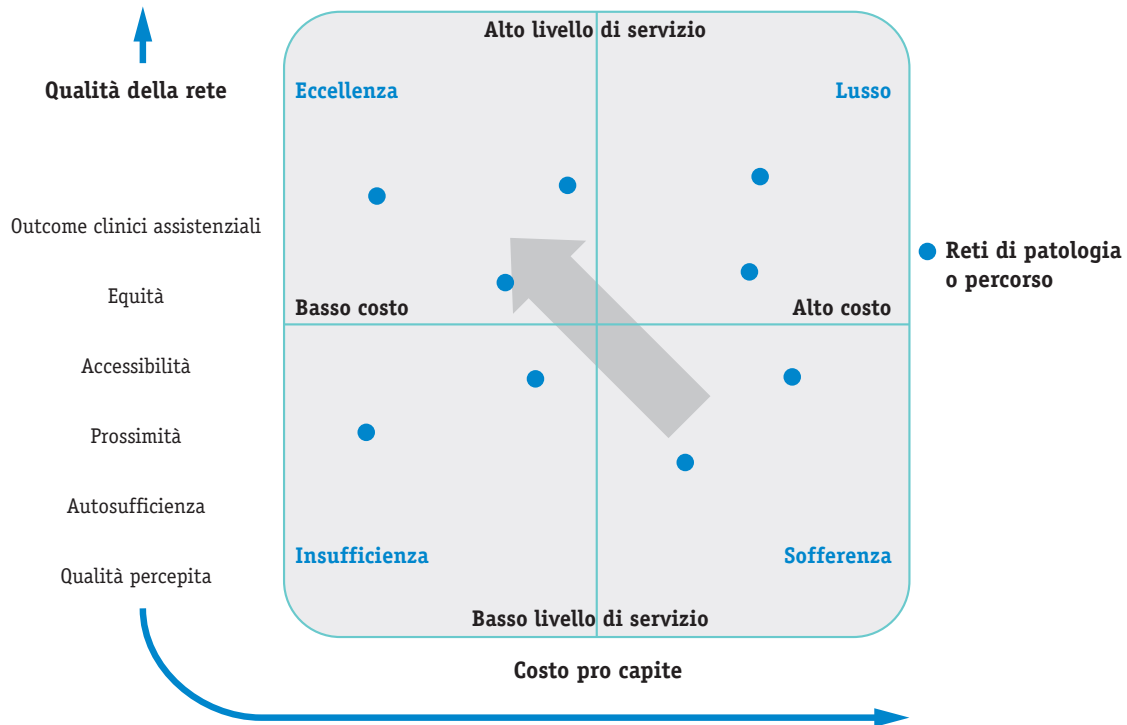


Figura 2. Lea oncologico e costo pro capite: diagramma cartesiano per la misurazione e il confronto della performance.



incomprimibili (dotazione organica specializzata, manutenzioni, pulizie, utenze, etc) si sommano crescenti costi di acquisto da terzi, in mobilità ovvero da privato accreditato.

I costi pro capite per radioterapia esplodono e risultano nettamente più elevati della media regionale. Non avere investito sta generando paradossalmente costi annuali esorbitanti e veri e propri sprechi, legati alla duplicazione dei costi e al sottoutilizzo della struttura pubblica.

È una situazione che capita più spesso di quanto immaginiamo, e che a volte non viene evidenziata, semplicemente perché occorre considerare poste contabili diverse, di periodi diversi (la mobilità passiva spesso viene 'pagata' con anni di ritardo) e con diversa 'visibilità' di bilancio. Spesso la mobilità sanitaria viene sottovalutata dagli organismi contabili nazionali e regionali per una serie di motivazioni, tra le quali il fatto che costituisce a livello consolidato 'partita di giro' tra Ausl: al minor costo di una Ausl corrisponde simmetricamente il maggior costo dell'altra. Per questo spesso la mobilità sanitaria viene considerata un 'non costo' (tra i funzionari spesso definita "soldi del monopoli") e valutata solo in termini di indicatore di qualità e disagio dei cittadini costretti a emigrare per ricevere le cure appropriate.

Pertanto le riflessioni possibili sono le seguenti:

- gli investimenti, oltre agli effetti positivi sull'economia e sullo sviluppo del Paese più volte sottolineati, possono in sanità far risparmiare subito ed evitare sprechi evidenti;

- la mobilità passiva e l'acquisto di servizi da terzi, oltre che un indicatore di disagio per i cittadini costretti ad emigrare per ricevere le prestazioni necessarie, è un importante parametro economico per le valutazioni di efficienza del sistema sanitario nel medio periodo;
- l'ottica dei risparmi di breve periodo è spesso miope e controproducente.

Rimane prerequisito essenziale la messa a punto di sistemi di monitoraggio e valutazione della performance e del 'valore' come 'pannello di controllo' per gli attori istituzionali coinvolti, e la massima diffusione di tali sistemi a livello regionale e nazionale.

Mattia Altini

Direttore Sanitario, Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e per la Cura dei Tumori IRCCS, Meldola (FC)

BIBLIOGRAFIA

¹Borras JM, Lievens Y, Barton M et al. How many new cancer patients in Europe will require radiotherapy by 2025? An ESTRO-HERO analysis. *Radiother Oncol* 2016; 119 (1): 5-11.

²Borras JM, Lievens Y, Dunscombe P et al. The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries: an ESTRO-HERO analysis. *Radiother Oncol* 2015; 116 (1): 38-44.