



CARE

costi dell'assistenza e risorse economiche

3

PER SALVARE LA SANITÀ PUBBLICA SERVE UN PRECISO PROGRAMMA POLITICO

A colloquio con **Nino Cartabellotta**
Presidente della Fondazione GIMBE

Il Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025, presentato a Roma lo scorso 7 giugno, si apre con una domanda tra il retorico e il provocatorio: a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale? Che risposta vi siete dati?

Abbiamo trovato la risposta facendo riferimento "all'approccio delle capacità" sviluppato da Sen Amartya e Martha Nussbaum, uno strumento per la valutazione del benessere umano e delle politiche sociali necessarie a realizzarlo. Secondo questo approccio lo sviluppo non è inteso come crescita economica, ma piuttosto come sviluppo della persona, la cui realizzazione non può prescindere da elementi fondamentali quali libertà, benessere e salute. L'approccio delle capacità applicato alla salute permette di identificare il fine ultimo di un sistema sanitario, confermando la rilevanza delle politiche sanitarie come fondamenta su cui poggia l'impegno dei Governi per garantire la dignità a tutti i cittadini. Considerato che i Governi devono investire nei sistemi sanitari per offrire ai cittadini la libertà desiderata, che permette loro di essere e fare ciò che vogliono, il fine ultimo di un sistema sanitario consiste proprio nell'offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere.

Una delle criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati è la presenza degli sprechi: di quasi 25 miliardi di euro sarebbe, secondo il vostro Rapporto, il loro impatto sulla spesa sanitaria pub-

segue a pag 2

Anno 18 Maggio-Giugno
2016

Care nasce per offrire a medici, amministratori e operatori sanitari un'opportunità in più di riflessione sulle prospettive dell'assistenza al cittadino, nel tentativo di coniugare – entro severi limiti economici ed etici – autonomia decisionale di chi opera in Sanità, responsabilità collettiva e dignità della persona.

- **Dalla letteratura internazionale** 5
- **Dossier**
ANTIBIOTICI: STRATEGIE DI ATTACCO PER UN URGENTE PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA 13
- **MEDICINA NARRATIVA DIGITALE PER UNA NUOVA ALLEANZA TERAPEUTICA** 15
- **Parole chiave**
FARMACI ESSENZIALI 20
- **L'angolo della SIF** 22
- **L'angolo della SITeCS** 25
- **L'angolo dell'ANMDO** 27
- **Confronti** 30



Il Pensiero Scientifico Editore

www.careonline.it



Nino Cartabellotta è nato nel 1965 a Palermo dove ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e le specializzazioni in Gastroenterologia e in Medicina Interna. Nel 1996 ha fondato il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE), con l'obiettivo di diffondere in Italia l'Evidence-based Medicine. Nel 2010 ha promosso la costituzione della Fondazione GIMBE, di cui è Presidente, con l'obiettivo di migliorare la salute delle persone e ottimizzare l'uso del denaro pubblico, grazie all'integrazione delle migliori evidenze in tutte le decisioni professionali, manageriali e di politica sanitaria.

blica del nostro Paese. Cosa avete considerato come spreco?

A differenza della comune percezione del concetto di spreco, spesso interpretato in senso assoluto e non messo in relazione ai mancati risultati, nel *Rapporto GIMBE* abbiamo fatto riferimento alla definizione dell'ingegnere Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui "gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare *value*". Di conseguenza, se in sanità il *value* risulta dal rapporto tra *outcome* clinicamente rilevanti e costi sostenuti, tutte le attività che non migliorano lo stato di salute delle persone sono fonte di sprechi, anche se la loro esistenza è giustificata da nobili motivazioni (occupazione, qualità percepita, etc).

Considerato che il disinvestimento da sprechi e inefficienze è una strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN, abbiamo inizialmente adattato al contesto nazionale la tassonomia di Don Berwick, secondo cui almeno il 20% della spesa sanitaria nei Paesi industrializzati viene eroso dagli sprechi. Quindi, integrando alcune stime disponibili da Istituzioni e organizzazioni nazionali, abbiamo definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi nel SSN (vedi tabella). Infine, per guidare Governo, Regioni, Aziende sanitarie, professionisti e pazienti, abbiamo sviluppato il framework GIMBE per il disinvestimento.

Secondo le vostre stime nel 2025 il fabbisogno del SSN sarà di ben 200 miliardi di euro. Vuole descriverci il piano di salvataggio proposto dalla vostra Fondazione

perché il nostro Paese possa mantenere un servizio sanitario pubblico in grado di tutelare davvero la nostra salute?

Vorrei innanzitutto sgombrare il campo da possibili equivoci: la Fondazione GIMBE esclude a priori un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN. Tuttavia, il *Rapporto GIMBE* sottolinea che per salvare la sanità pubblica serve innanzitutto una esplicita volontà politica documentabile da tre inequivocabili segnali, oggi purtroppo molto evanescenti: innanzitutto, la sanità pubblica e, più in generale, il sistema di welfare devono essere rimessi al centro dell'agenda politica; in secondo luogo, Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all'unisono che l'obiettivo del SSN è ancora quello definito dalla 833/78 che lo ha istituito; infine, programmazione finanziaria e programmazione sanitaria devono sintonizzarsi perfettamente sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la sanità pubblica. Il "piano di salvataggio" del SSN proposto dalla Fondazione GIMBE prevede cinque azioni fondamentali: 1. offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al SSN rilanciando gradualmente le politiche di finanziamento pubblico; 2. rimodulare i LEA sotto il segno del *value*, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, escludendo quelle dal basso *value* anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi; 3. ripensare completamente le varie forme di sanità integrativa attraverso la definizione di un Testo Unico; 4. definire indicatori per monitorare le Regioni nel processo di disinvestimento e riallocazione, integrandoli nella griglia LEA e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri per il riparto del fondo sanitario; 5. mettere sempre

CARE

Costi dell'assistenza e risorse economiche

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief)
Cesare Albanese, Giancarlo Bausano
Mara Losi

Stampa
Ti Printing srl - Roma

Progetto grafico ed impaginazione
Doppiosegno snc - Roma

Fotografie: ©2016ThinkstockPhotos.it

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare luglio 2016

Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2016
Individuale: euro 90,00
Istituzionale: euro 120,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:
Il Pensiero Scientifico Editore
Ufficio Promozione
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
(legge 675/96 tutela dati personali)

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.

IMPATTO STIMATO DEGLI SPRECHI SULLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Categoria	%	Mld €*	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94-8,90)
2. Frodi e abusi	20	4,95	(3,96-5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57-3,86)
4. Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77-4,15)
5. Complessità amministrative	11	2,72	(2,18-3,26)
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,97	(2,37-3,56)

*€ 24,73 miliardi calcolati proiettando la stima di Don Berwick (22%) sui € 112,408 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2015

la salute al centro di tutte le decisioni, in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese (*health in all policies*).

In assenza di opportune strategie di intervento, come quelle appena descritte, quale scenario dobbiamo attenderci?

Lo scenario prevedibile nell'arco temporale 2016-2025 è una graduale, silenziosa e inesorabile trasformazione verso un sistema sanitario misto con aumento delle disuguaglianze sociali. Se questo fosse il destino del nostro tanto decantato sistema di welfare, qualcuno dovrà inevitabilmente assumersi la responsabilità politica di aver consegnato definitivamente alla storia il SSN.

Anche un incremento delle politiche di prevenzione potrebbe secondo lei contribuire a migliorare la sostenibilità del nostro servizio sanitario?

Certamente, perché tutti gli interventi preventivi hanno generalmente un elevato *value*. Tuttavia, in assenza di investimenti dedicati, è difficile ipotizzare un incremento delle politiche di prevenzione, visto che oggi a questa voce è destinato poco più del 4% del fondo sanitario, indirizzato peraltro esclusivamente alla prevenzione medicalizzata (vaccinazioni, screening, sanità veterinaria, etc). Al contrario tutti gli interventi di prevenzione primaria legati alla modifica degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc) di fatto non riconoscono né un finanziamento dedicato, né un preciso riferimento organizzativo e operativo. Se a questo aggiungiamo la scarsa attitudine a prendersi cura della propria salute, ecco spiegato perché

abbiamo prevalentemente un sistema sanitario di "riparazione" e non di prevenzione. Da non trascurare infine che, non avendo messo la salute delle persone al centro di tutte le politiche, continueremo a pagare un prezzo molto alto per tutti i disastri ambientali.

In occasione della presentazione del Rapporto, lei ha ricordato anche le responsabilità dei cittadini che spesso interpretano il ruolo del Servizio Sanitario come quello di un supermercato della salute. Vuole spiegarci cosa intende?

Proprio così! I cittadini, in qualità di "azionisti di maggioranza", devono essere consapevoli che il SSN non è il Supermercato Sanitario Nazionale ma un bene comune da tutelare e garantire alle future generazioni. Oggi, invece, la soddisfazione dei cittadini-pazienti è strettamente legata all'accesso tempestivo e opportunistico a servizi e prestazioni sanitarie, senza considerazione alcuna della loro efficacia-appropriatezza-sicurezza e, ancor meno, dei costi sostenuti dal sistema. Già nel 1999 Richard Smith, allora editor del *BMJ*, aveva intuito che la sostenibilità dei sistemi sanitari passa dalla capacità di ridurre le aspettative dei cittadini per una medicina mitica e una sanità infallibile, che alimentano a dismisura il consumo sanitario e peggiorano la salute, oltre a determinare lo spreco di preziose risorse. Paradossalmente in Italia, dove manca del tutto un programma nazionale di *evidence-based patient information*, spesso le Istituzioni vanno addirittura in direzione opposta, alimentando speranze non ancora basate su consistenti evidenze (farmaci "innovativi", medicina di precisione/personalizzata, genomica, etc).

Figura 1. Relazione attuale tra LEA e value delle prestazioni.

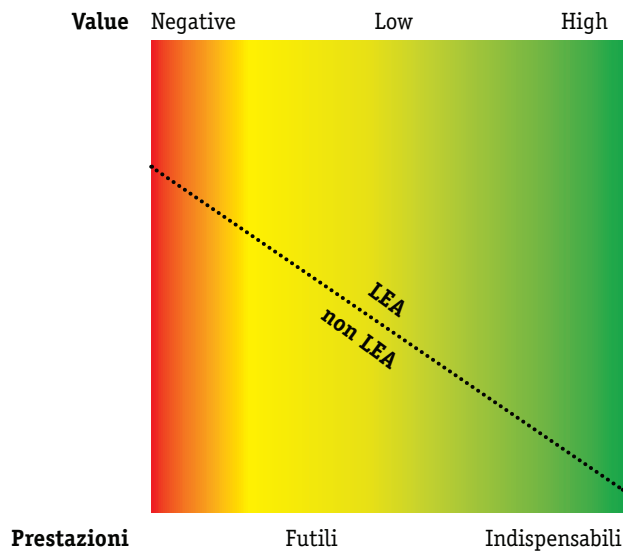
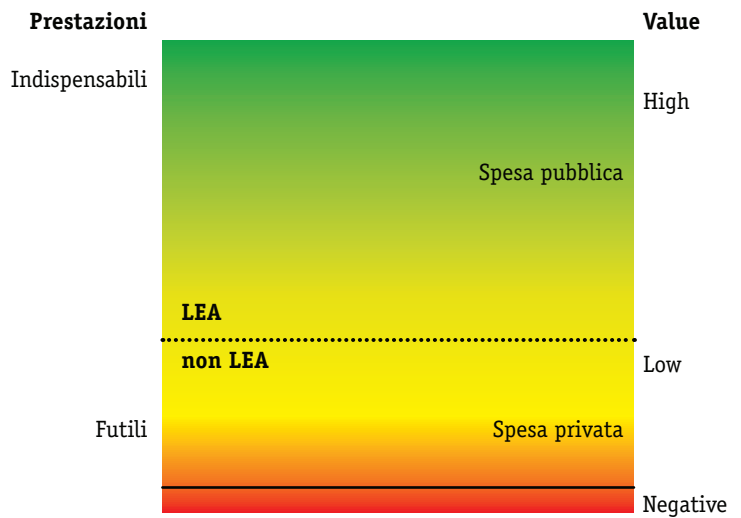


Figura 2. Relazione ideale tra LEA e value delle prestazioni.



Le Regioni hanno dato il via libera al testo del Ministero della Salute che ha riscritto i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. Ritiene che il nuovo testo risolva almeno in parte le criticità evidenziate dal vostro Rapporto nella loro applicazione su tutto il nostro territorio?

Un aggiornamento dei LEA dopo 15 anni non può che essere benvenuto, anche se la vera criticità non è rappresentata dall'aggiornamento in quanto tale, ma dai metodi utilizzati per integrare le migliori evidenze nel definire l'elenco delle prestazioni da includere/escludere dai LEA. In tal senso, nemmeno il nuovo testo prevede una metodologia rigorosa ed esplicita per definire l'inserimento di una prestazione nei LEA, troppo spesso sdoganata solo in presenza di un elevato consenso sociale e/o professionale. Di conseguenza, il denaro pubblico rimborsa anche prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo, cioè dal profilo rischio-beneficio sfavorevole; al tempo stesso, alcune prestazioni dal *value* elevato non rientrano nei LEA per il ritardo nell'aggiornamento degli elenchi delle prestazioni (Figura 1). Ecco perché è indispensabile allineare liste positive e negative ai principi di efficacia, appropriatezza e costo-efficacia, attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sin-

tesi delle evidenze scientifiche, peraltro già previsto dai commi 558 e 559 della Legge di Stabilità 2016, ma di cui non si trova traccia nel testo dei nuovi LEA.

Il Rapporto GIMBE propone un approccio basato sul *value* per rimodulare i LEA al fine di investire la maggior parte del denaro pubblico in prestazioni dal *value* elevato, riducendo gli sprechi conseguenti al sovra-utilizzo e riallocando le risorse recuperate in prestazioni sottoutilizzate ad elevato *value* (Figura 2). Questo approccio offrirebbe numerosi vantaggi: ridurre le disuguaglianze, escludere dai LEA prestazioni a basso *value*, identificare le prestazioni dal *value* negativo che non dovrebbero più essere erogate. In ogni caso, per un'applicazione uniforme dei LEA su tutto il territorio nazionale non basterà il nuovo testo, ma occorreranno nuovi strumenti che lo Stato dovrebbe utilizzare per intervenire sulle Regioni inadempienti, visto che i Piani di rientro da questo punto di vista sono stati fallimentari. La proposta contenuta nel Rapporto GIMBE, in caso di inadempimenti reiterati, è di intervenire sulle quote di riparto. In altre parole, se una Regione continua a non erogare specifici LEA (ad esempio, screening oncologici, assistenza domiciliare, hospice, etc), perché dovrebbe continuare a ricevere annualmente le stesse risorse dallo Stato? ■ ML

Il Rapporto GIMBE è disponibile all'indirizzo www.rapportogimbe.it. Tutti gli stakeholder della sanità italiana, cittadini inclusi, possono fornire commenti, integrazioni e suggerimenti attraverso il modulo di consultazione pubblica.