

Audizione XII Commissione Camera dei Deputati

SOSTENIBILITA' DEL SSN:

I sistemi sanitari universalistici si basano su tre fattori preminenti:

- a) La crescita economica*
- b) La redistribuzione sui redditi dei cittadini*
- c) La redistribuzione sulle finanze pubbliche*

La crisi di detto sistema interviene quando si assiste: alla mancata crescita economica; alla crisi della finanza pubblica; alla stagnazione dei redditi; alla precarizzazione del lavoro con conseguente aumento della disoccupazione. Da questo punto di vista credere che tagli al sistema e riduzione della spesa siano una riforma strutturale è un grossolano errore di programmazione.

Certamente la spesa del personale è una delle voci più pesanti del SSN ma negli anni abbiamo assistito alla progressiva riduzione degli organici dei sistemi sanitari regionali. Il calo maggiore, confrontando gli organici 2006, ultimo anno senza piani di rientro, ed il 2011, si registra nelle Regioni con piano di rientro, in particolare Lazio (-16,21%) e Campania (-20,18%), ma anche in quasi tutte le altre. Nelle Regioni senza piano di rientro l'aumento del personale è in media del 4%. Nel frattempo è aumentato il numero dei precari sia medici, pari al 6,6% sia dirigenti sanitari, 5,3% ma anche nel comparto con il 4,8 %. Tutto questo è un segno di insicurezza che si traduce nella gestione del sistema sanitario. Sistema che comprende non solo le strutture ospedaliere ma tutto il territorio con i suoi ambulatori, la prevenzione, le cure domiciliari. Il territorio, per essere valida componente nel sistema, deve essere dotato di sistemi diagnostici e terapeutici capaci di ridurre l'impatto della popolazione sugli ospedali. Senza un serio potenziamento del territorio è impensabile ridurre le spese della componente nosocomiale. Ma ciò che è più grave è la visibile spaccatura tra Centro-Sud e Nord d'Italia. Analizzare quanto spendono i singoli sistemi sanitari regionali è utile a darci un'idea di quanto pesi la sanità nel loro bilancio. E' scontato che sia la Lombardia, Regione più popolosa, ha spendere di più, seguita da Lazio e Campania, Regioni però con gravi deficit, e quindi è facile dedurre che la qualità media non è sempre elevata, di fatto si fanno tanti sforzi per ottenere risultati non esaltanti. Se poi vediamo quanto costa la sanità pro-capite annua, appare evidente come le Regioni meno performanti sotto il profilo della qualità sono quasi tutte sotto il livello medio nazionale di spesa sanitaria.

Nel nostro sistema convive il pubblico ed il privato ed il finanziamento pubblico per un 70% ricade al 45% sulle strutture pubbliche e per il 25% su quelle private mentre il restante 30% è frutto della crescente spesa dei cittadini paganti in proprio. Questa spesa è soprattutto utilizzata per il ricorso alle prestazioni dei servizi diagnostici, intesi, principalmente, come radiologia e laboratorio.

Quindi la prima proposta che ci sentiamo di fare è quella di una chiara ed univoca regolamentazione dell'offerta sia nel pubblico ma, non secondariamente, nel privato: la soluzione deve essere un accreditamento istituzionale che risponda a precise regole di controlli continui sulla qualità delle prestazioni e in primo luogo individuando di chiare regole a cui tutti i soggetti, pubblici e privati si adeguino. Controlli sul personale e sulla sua gestione economico-amministrativa e controlli sulle dotazioni strumentali e tecnologiche con un corretto rapporto tra qualità delle prestazioni e tempi e personale dedicati ad esse.

Se i mali imperanti nella nostra sanità sono l'iperproduzione, l'iper consumo e la distorsioni che da essi derivano bisogna trovare le soluzioni in un'azione che parta dalla HTA come principale mezzo di valutazione delle scelte in tutti i campi dei servizi, dalla farmaceutica con la valutazione dei nuovi farmaci in riferimento in primo luogo alla loro efficacia clinica basata su epidemiologia, ma anche per le apparecchiature di diagnostica di laboratorio e radiologica. Non scelte a posteriori fatte su logiche perverse di modernità con un ristretto utilizzo per la popolazione ma su cosa veramente occorra in quel certo bacino territoriale per rispondere alle patologie maggiormente presenti.

Quindi seconda proposta: sviluppo dell'Health Technology Assessment nel modo più completo trovando soluzioni adeguate nelle gare di appalto dove siano gli specialisti che dovranno usare la tecnologia a dire la loro su ciò che veramente serva per venire incontro alle istanze di salute della popolazione del bacino dove operano, in una distribuzione piramidale delle scelte: tutto ciò che serve di base in periferia e selezione tecnologica in pochi centri di eccellenza.

Si dice spesso che le attrezzature più costose sono ferme ma si omette di dire che ne abbiamo il numero di apparecchi RM più alto del mondo, secondi (dato OCSE) solo alla Grecia. E così, senza controlli adeguati, abbiamo assistito negli anni ad un progressivo innalzamento delle prestazioni senza verificarne la qualità : la diagnostica per immagini dal 2001 al 2010 è passata da più di 50 milioni di prestazioni a più di 61 milioni secondo dati del ministero, considerando anche pronto soccorso e privati si arriva tranquillamente a 100 milioni di prestazioni, duplicando almeno la quantità prestazionale individuale negli ultimi dieci anni. La media per ogni specialista radiologo è di 12.000 esami l'anno con una percentuale del 60% di diagnostica tradizionale, 20% di ecografia e un 10% sia di TC sia di RM. Ma quello che è più importante è l'elevato numero di esami per TC e RM rispetto a la maggioranza dei Paesi europei ed extra-europei, rispettivamente 140 TC/1000 ab. e 133 RM/ 1000 ab. dato da noi rilevato e non presente, unico paese europeo nei dati OCSE. Recentemente la Sirm, Società Italiana di Radiologia Medica, una delle più antiche (100 anni) e numerose (9000 medici radiologi aderenti) Società Scientifiche Italiane, ha elaborato un modello di appropriatezza prestazionale che considera tempi e modalità prestazionali considerati sia come tempo di utilizzazione delle apparecchiature che come tempo dedicato dallo specialista al di sotto dei quali non vi è garanzia di qualità.

Così le prestazioni di laboratorio di analisi hanno superato nel 2010 il milione di prestazioni anche qui con un'escalation dal 2001 più di 300.000 prestazioni. Ma le richieste di esami di laboratorio come quelle di indagini diagnostiche sono sempre appropriate? I pazienti si sottopongono a troppi accertamenti?

I medici, compresi gli specialisti, prescrivono, a volte, esami inutili per valutare lo stato di salute o rilevare la presenza di una patologia? Una recente ricerca intitolata “Remolet” ha coinvolto 11 Regioni italiane che coprono l’80% della nostra popolazione. Nelle 11 Regioni tra il 2011 ed il 2012 si registra un forte calo delle prestazioni. Tale calo è stato maggiore nel privato (-11,8%) rispetto al pubblico (-7,6%) e si è registrata in particolare per le prestazioni non esenti (-17,6%). Due le deduzioni che derivano da questa indagine: i cittadini hanno rinunciato a curarsi per non spendere, considerando ormai da tutti il ticket come un vero balzello? Oppure si è rinunciato a spendere visto che non vi era una oggettiva necessità? Il dubbio è preoccupante perché nel primo caso si tratterebbe di una vera catastrofe sociale infatti, se è vero che una delle cause presunte di aumento della spesa sanitaria è l’aumento della vita media, è anche vero che una popolazione che attraverso la prevenzione e il miglioramento delle abitudini di vita arriva più sana alla vecchiaia e spende meno. Poi è importante non confondere le necessità del sociale di molte categorie di anziani rispetto a vere necessità di cura.

Certamente il volume di prestazioni e servizi erogati che porta all’aumento delle spese. La gestione delle innovazioni tecnologiche riguarda un numero estremamente limitato di interventi sanitari dal costo elevato come, ad esempio PET o l’uso di farmaci biologici, ma il contenimento delle prestazioni continua ad essere guidato non dalla “medicina basata sull’evidenza” ma da logiche finanziarie che ricadono pesantemente sulle scelte dei professionisti che forse non hanno sempre il coraggio di difendersi come quei colleghi sottoposti ad azione disciplinare per essersi rifiutati di eseguire, seguendo i dettami della legislazione vigente sulla protezionistica con i principi di giustificazione ed ottimizzazione, degli esami che consideravano inappropriati. Ricordiamo la Delibera 423 del 2006 della Regione Lazio con cui furono tagliate le prestazioni di RM o la recente ricerca USA che denuncia, con uno studio retrospettivo, l’elevato di neoplasie che si possono riscontrare in bambini sottoposti ad esami TC considerati “inutili”

Quindi la terza proposta che avanziamo è che l’appropriatezza sia difesa nel senso più completo del termine arrivando a punire, quelli sì, i medici che ricercassero nella medicina difensiva, che incrementa, come ampiamente dimostrato, la spese del 10%

Conclusioni

Non è la spesa sociale fuori controllo alla base della crisi economica ma è il contesto economico che “minaccia” lo stato sociale. Si deve uscire dalla perversa logica della forbice sempre più grande. Bisogna agire sul sistema partendo dalla performance. Migliorando la qualità delle prestazioni si raggiunge la sostenibilità economica e non viceversa. A 35 anni dalla 833/78 e a 20 anni dalla 502/92 il SSN necessita di un profondo riassetto istituzionale- organizzativo: regionalizzazione troppo imperante, forse ritoccabile negli eccessi della riforma del Titolo V della Costituzione; aziendalizzazione esasperata non tenendo spesso conto che si parla di salute e non di “prodotti finiti”; rapporti di lavoro dei dirigenti operanti nel SSN e loro natura, da rivedere alla luce di una mancata progressione economica ma anche di una mancata progressione di carriera, entrambi frutto di un sempre sbandierato sistema premiante mai attuato; ma soprattutto rivedere radicalmente il sistema dei finanziamenti che se sbagliati nel passato quando coprivano le spese “a piè di lista”, non possono essere fuori controllo soprattutto per gli eccessi di un sistema burocratico-amministrativo

troppo pletorico e non sempre versato alla ricerca di un corretto rapporto tra sviluppo-qualità e necessità dei cittadini: meno amministrativi e più medici dovrebbe essere lo slogan del futuro. In poche parole deve essere sradicato il modello dominante e prevalente dell'assistenza sanitaria mutuato da logiche di offerta o di mercato che genera inappropriata e non sostenibilità.

Non abbiamo parlato di fondi o impegni economici visto che le statistiche dimostrano che spendiamo meno della maggior parte dei Paesi più avanzati soprattutto considerando i livelli di salute che otteniamo, abbiamo enunciato proposte a costo zero con la speranza di un contributo fattivo da parte di chi rappresenta quelli che sono tra i principali servizi che sono il motore indispensabile per il funzionamento del sistema sanitario del nostro Paese.

Il Coordinatore Nazionale FASSID
Dott. Francesco Lucà

