

Questo documento, tratto da un saggio di A. Donzelli, vuole costituire un contributo critico alla discussione su quanto sta` accadendo nel settore Sanita`.

Infatti nonostante che su questi temi, si giochi il futuro dell'Assistenza in Italia, il dibattito e` praticamente nullo e sostanzialmente inesistente un punto di vista alternativo a quello che rappresenta la neo religione della competitivita` e del mercato anche nella Sanita`. Il tutto viene alimentato da schiere di "tecnici" che sistematicamente, a cura delle Amministrazioni propongono una cultura sanitaria che ci fa regredire di trent'anni.

Oltre che tentare di colmare questa drammatica lacuna , quello che ci proponiamo e` di aprire un confronto tra i lavoratori, le associazioni , i cittadini al fine di individuare i modi e i punti sui quali costruire mobilitazioni volte ad indirizzare l'organizzazione sanitaria verso valori umani, equi, solidali ed efficaci.

GENNAIO 97

COBAS POLICLINICO UNIVERSITA` Tel/fax 49970249
COBAS NAZIONALE SANITA` E RICERCA Tel 78348282

Viviamo in un periodo caratterizzato, in tutto il mondo, da profondi cambiamenti e riforme che riguardano la sanità.

E' singolare che proprio a questo proposito la scarsa analisi ed importanza che viene impegnata a quello che e' l'impatto complessivo che una ristrutturazione di tale portata possa condurre.

La principale ragione di un Sistema Sanitario e' rappresentato dal raggiungimento di risultati di salute nei confronti della comunita' degli assistiti. Ossia il massimo dell'efficacia pratica dei suoi interventi. In assenza di questo parametro, gli altri (equita', accessibilita', efficienza, ecc.) perdono molto della loro validita'. Ad esempio potremmo anche trovarci di fronte ad un Sistema Sanitario equo, accessibile ed efficiente nell'erogare prestazioni e contemporaneamente rilevare che la maggior parte di queste prestazioni siano inefficaci o caratterizzate da un cattivo rapporto costi/benefici.

Le conclusioni dell'OCSE (l'organismo a cui i paesi affidano la valutazioni delle loro performance sanitarie) sono abbastanza chiarificanti: Circa la meta' di quanto si produce in campo sanitario e' praticamente inutile. Il principale indicatore che misura l'efficacia di un sistema sanitario e' individuato nel calcolo delle "morti evitabili". Ossia quante morti sarebbero evitabili se "la conoscenza medica fosse stata applicata, se i principi noti di sanita' pubblica fossero stati in atto e se i comportamenti a rischio non fossero stati cosi' prevalenti" potrebbero essere evitate prima dei 70 anni.

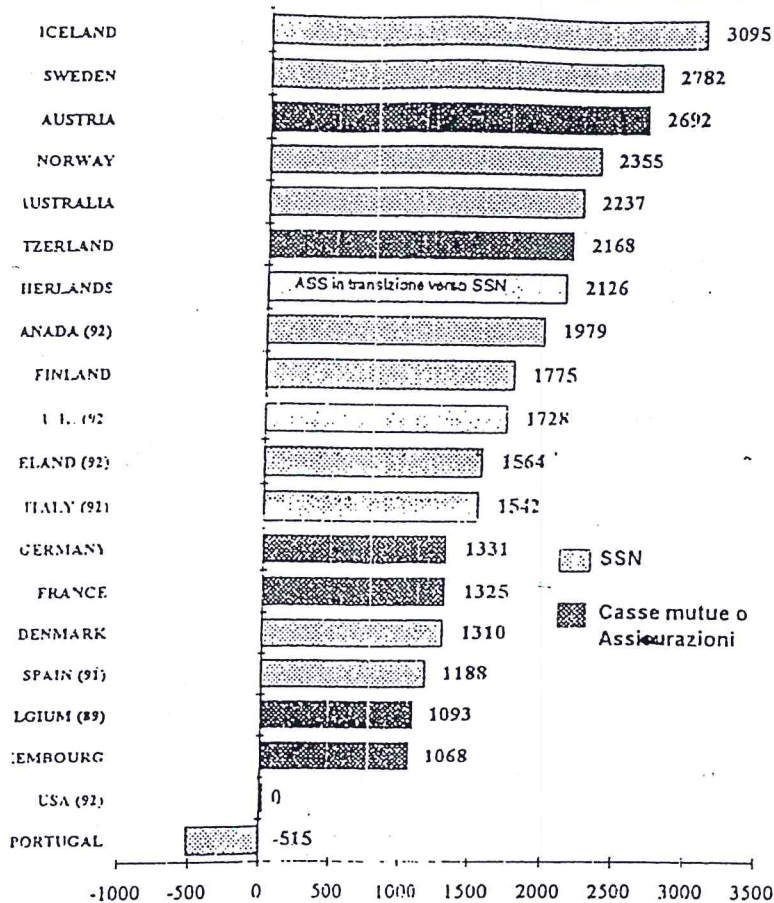
Queste cause prevedono un certo numero di tumori, di broncopatie e malattie cardiovascolari, cirrosi incidenti stradali od avvelenamenti.

Perche' inserire gli incidenti stradali nel calcolo delle morti evitabili?

In Italia nel 92, la causa piu' rilevante di morte per un giovane adulto e' stata l'AIDS (1 morto su 4) gli incidenti stradali e non (1 morto su 5) e l'overdose. Queste cause rappresentano, da sole circa il 50% delle morti.

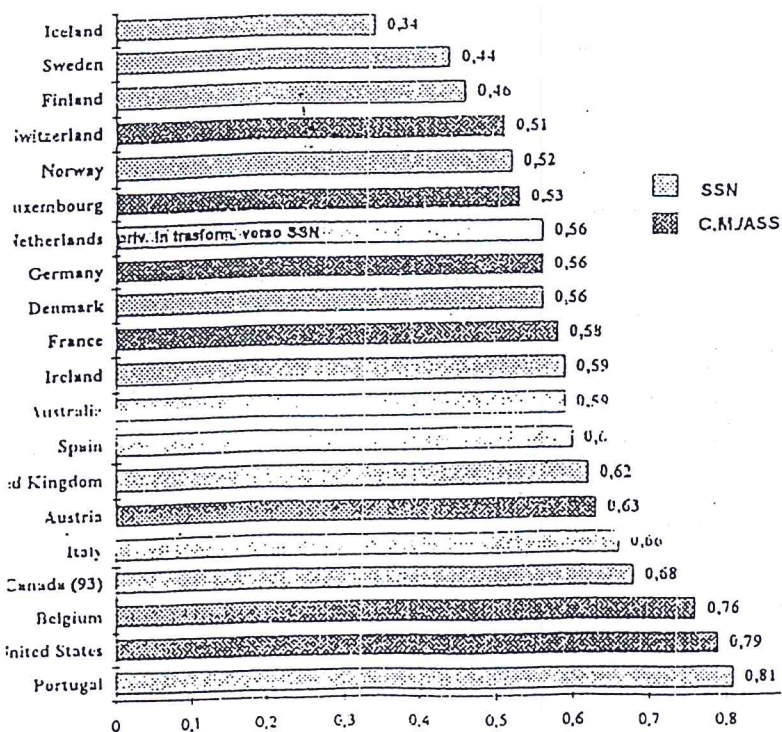
Ovviamente sarebbe impossibile azzerare le morti per incidenti stradali, ma quanto si ridurrebbero se si attuassero i programmi volti a favorire l'uso dei caschi protettivi, seggiolini omologati, il rispetto dei limiti di velocita' e delle principali misure prudenziali, per evitare nei guidatori il consumo di alcol, fumo, droghe durante la guida, per identificare guidatori a rischio per problemi fisici, psichici o sensoriali ed effettuare interventi preventivi personalizzati ed inoltre se fosse presente una efficace rete di servizi curativi per l'emergenza?

Tab. 1 - Efficacia (anni di vita guadagnati per cause sanitarie vs. USA 100.000 abitanti) nei Paesi OCSE in relazione al modello organizzativo 1993.



Fonte: OECD Health Data Base 1996

Tab. 4 - Mortalità infantile (per 100 nati vivi) nei Paesi OCSE in relazione ai modelli organizzativi dei Servizi Sanitari, 1994.



Fonte: OECD Health Data Base 1996

L'OMS raccomanda quindi che l'assistenza sanitaria dovrebbe innanzi tutto condurre ad una migliore salute e qualità di vita per la popolazione. L'intersectorialità deve quindi essere una caratteristica essenziale di una riforma sanitaria.

Tenendo conto che tutti i parametri usati (chi in misura minore e chi maggiore) presentano alcuni inevitabili scarti di inaffidabilità, tenteremo di analizzare l'efficacia dei diversi modi di organizzare l'intervento sanitario valutando vari aspetti di alcuni Paesi soprattutto mettendoli a confronto in merito ai:

Costi (scomposti secondo le varie componenti)

L'efficienza considerata come il rapporto efficacia/costi e non secondo il rapporto numero di prestazioni/spesa che di per se non è un indicatore accettabile in quanto si potrebbe avere efficienza ma non efficacia, se le prestazioni non sono necessarie o addirittura dannose.

Velocità di risposta (ad esempio valutando la lunghezza delle liste di attesa) intesa non come valore a se stante ma come componente dell'efficacia poiché bisogna calcolare se e quanto questo indicatore soddisfa o delude l'assistito.

Oltre questi parametri abbastanza ben misurabili esistono altri parametri (meno definiti ma ugualmente importanti) come il **grado di soddisfazione degli assistiti e l'equità**.

Stabiliti questi indicatori è opportuno valutare come cambiano rispetto alle variabili potenzialmente rilevanti nello spiegare le differenze internazionali merito alla presenza di:

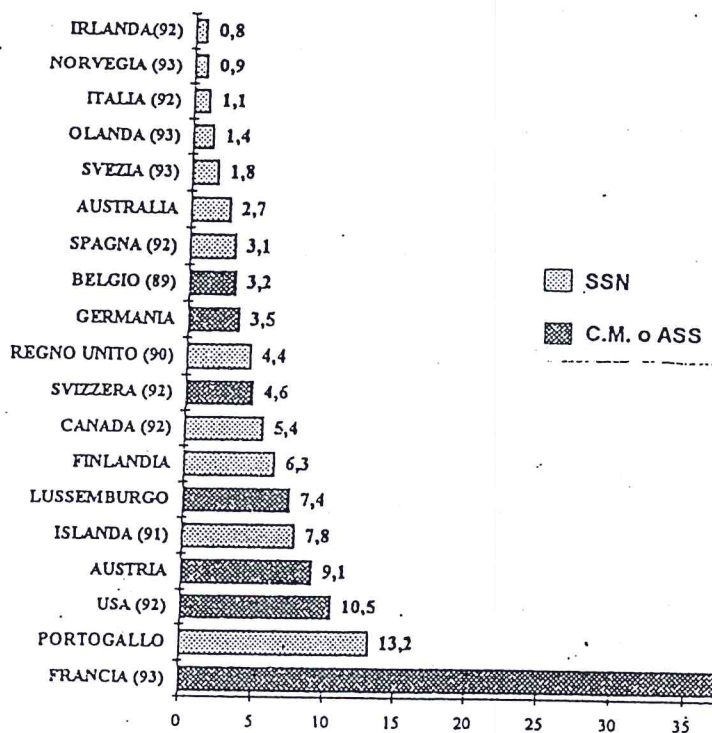
Sistema Sanitario Nazionale (o assimilabile) Australia, Canada, ecc. Unico soggetto finanziatore, iscrizione obbligatoria, accesso universale e relativa uniformità di trattamenti.

Sistema assicurativo Casse mutue senza fini di lucro o con Organizzazioni for profit, molteplici soggetti finanziatori spesso in competizione tra di loro, (bisogna riconoscere che molti sistemi assicurativi prevedono pacchetti di prestazioni garantite per ogni cittadino).

Altre variabili sono determinate: **Prevalenza di erogatori pubblici o privati, modalità di pagamento** (stipendiato, quota capitaria, a prestazione) del medico di primo contatto. **Presenza o meno di un filtro d'accesso ai servizi specialistici.**

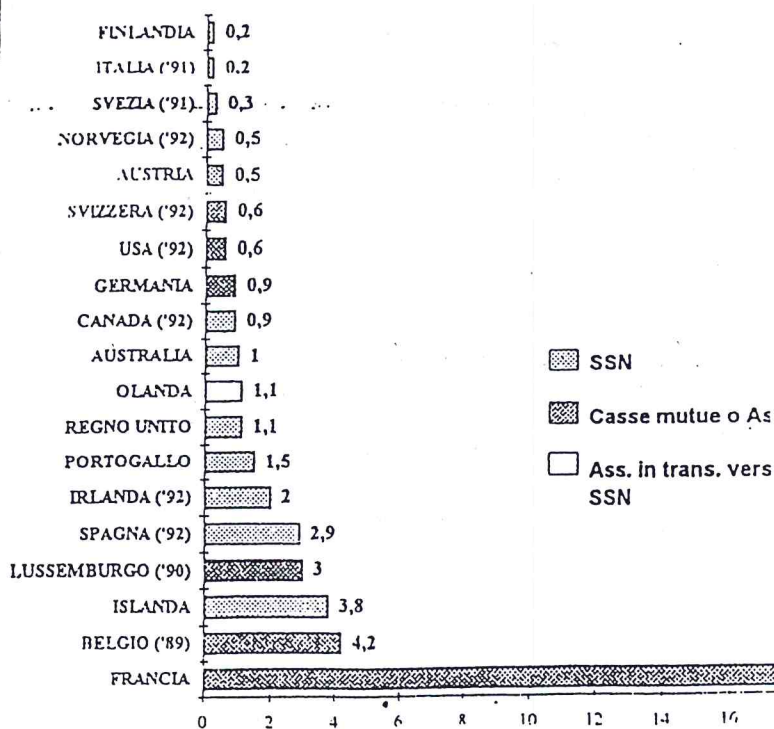
Inoltre se è presente o meno **L'integrazione sostanziale degli ospedali (e della**

tab5 Morti per milione di abitanti per implicazioni mediche



Fonte: OECD Health Data Base 1996

Tab. 6 - Morti attribuite da farmaci (per milione di abitanti) nei OCSE, 1993.



Fonte: OECD Health Data Base 1996

medicina di base) in un'unica organizzazione responsabile a livello territoriale anche del finanziamento.

Potremmo dividere in modo schematico i paesi in tre gruppi:

Paesi con SSN (con modello pubblico integrato) Paesi nordici, Australia, Irlanda, Italia

Paesi con SSN (in cui gli ospedali sono separati dalle aziende che acquistano servizi sanitari) Canada Inghilterra dopo la riforma del '90

Paesi senza SSN (con casse mutue) Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Austria.

Paesi senza SSN (con assicurazioni volontarie) Svizzera (fino a poco tempo fa) e USA

EFFICACIA

tab 1

Dai dati rilevabili dalla tab1 si nota una moderata maggiore efficacia dei paesi che adottano un SSN ed in particolare una pessima performance degli Usa che se si confronta complessivamente con i paesi europei con SSN la perdita di efficacia del sistema americano prevalentemente privatizzato si aggira intorno al 36% pari 1753 anni di vita persi rispetto ogni 100 mila abitanti.

Tutto ciò sembra rappresentare non una relazione casuale ma una correlazione causale. Infatti prima dell'introduzione dell'accesso libero universale all'assistenza sia in Canada che in Inghilterra vi erano tassi di mortalità più alti che negli USA ma ad una decade dall'introduzione del SSN in questi paesi gli stessi tassi si sono ridotti rispetto agli americani.

MORTALITA' INFANTILE

tab4

Nel complesso risultati leggermente migliori per i paesi con SSN anche se contraddittori. Nei paesi nordici migliori risultati, mediocri dell'Italia, i peggiori sempre degli Usa e Portogallo.

MORTALITA' PER COMPLICANZE MEDICHE E IATROGENE DA FARMACI

Tab 5 e 6

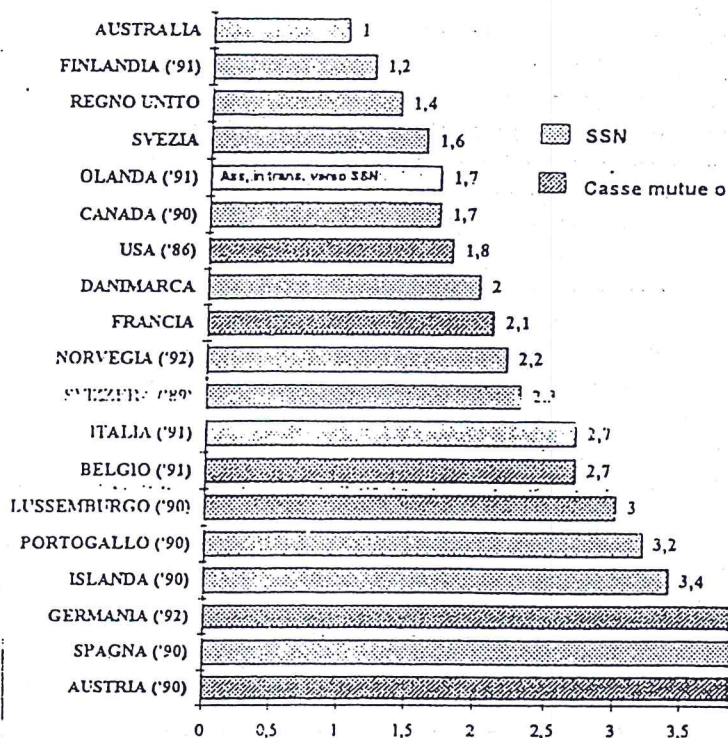
Sensibili valori per i sistemi Assicurativi. Un caso a se è rappresentato dalla Francia.

DENTI CARIATI, PERSI, OTTURATI

TAB 7

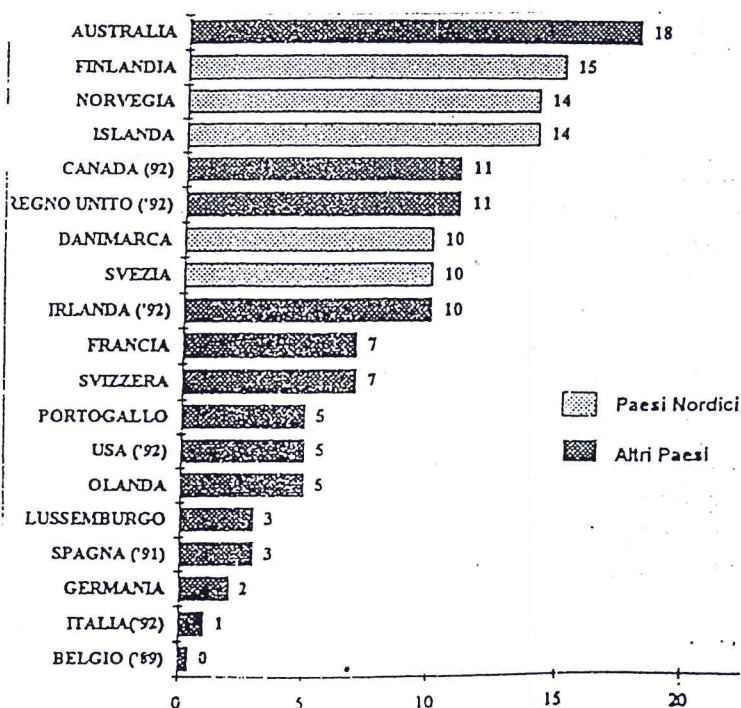
VELOCITA' DI DECREMENTO DELLA MORTALITA' EVITABILE E MODELLI ORGANIZZATIVI

Tab. 7 - Denti cariati-persi-otturati (indice DMF) all'età di Paesi OCSE, 1993.



Fonte: OECD Health Data Base 1996

tab 8 percentuale di variazione della mortalità evitabile 89/93 (paesi nordici e altri paesi)



Fonte: OECD Health Data Base 1996

TAB 8

SPESA SANITARIA E NATURA DEI SISTEMI SANITARI

TAB10

Appare chiaro dai dati della tabella che i paesi con SSN (con l'unica eccezione del Canada) hanno una media di spesa sanitaria procapite sensibilmente minore rispetto ai paesi che ne sono privi, e la spesa maggiore avviene proprio nei due paesi maggiormente privatizzati.

Le ragioni vanno ricercate: I sistemi privati hanno spese amministrative più alte degli altri (22% contro circa il 6%) derivanti dal macchinoso rimborso delle prestazioni, in più ci sono costi addizionali per promuovere l'offerta dei servizi, inoltre i medici di primo impatto sono pagati a prestazione e non in quota capitaria o stipendiati il che si è visto che comporta un aggravio di spesa causate dal proliferare delle prestazioni non necessarie.

RELAZIONE TRA SPESA SANITARIA PUBBLICA E SPESA SANITARIA TOTALE

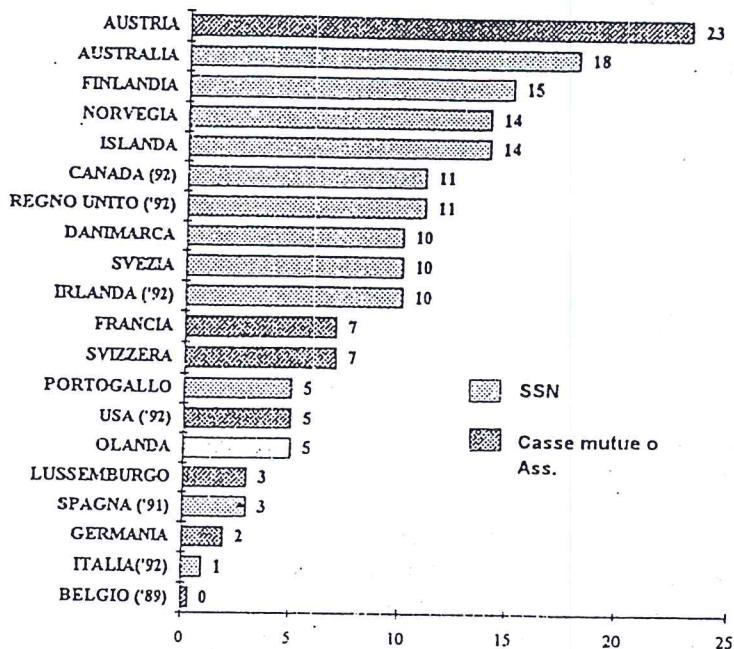
Se scomponiamo la spesa sanitaria totale nelle due componenti pubblica e privata si può rilevare che più è considerevole la componente pubblica, meno elevata risulta la spesa totale. Si calcola che per ogni punto di percentuale in più di spesa pubblica si ha una riduzione sulla spesa sanitaria totale procapite di circa 30 \$. Da tutto ciò si deduce che una percentuale ottimale, per contenere la spesa sanitaria totale, si aggira intorno all'80% (tra il 75 e 85%).

In Italia la percentuale di spesa pubblica è scesa nel '95 a circa il 70%, per cui si può ragionevolmente prevedere che andiamo incontro ad un sensibile aumento della spesa sanitaria.

tab 14

A questo proposito un caso paradossale è rappresentato dagli USA. In questo paese la percentuale della spesa sanitaria su quella totale è la più alta del mondo (56%). Tuttavia la spesa pubblica procapite è sensibilmente più alta di quella di un paese come l'Italia (50% in più). Inoltre è da considerare che la spesa pubblica in America assiste (male!) solamente gli indigenti ed i plurisessantacinquenni con patologie particolari. Tutti gli altri si devono pagare da soli l'assistenza (25% direttamente e 33% tramite assicurazioni). Con questo sistema si è calcolato che esistono negli USA circa 40 milioni di persone che non sono tanto ricche da pagarsi una buona assicurazione né tanto povere da usufruire dell'assistenza pubblica.

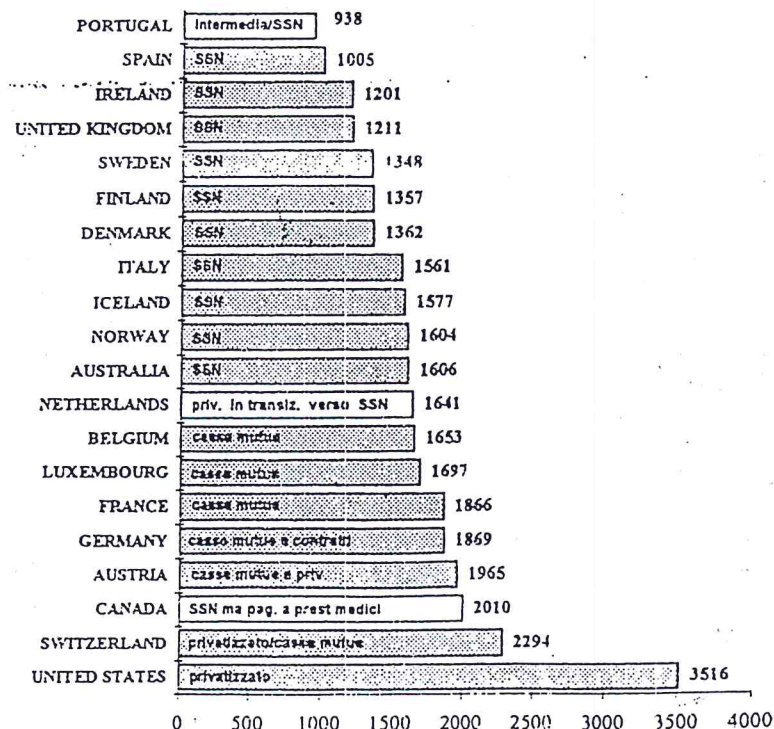
tab 9 percentuale di variazione dimortalità evitabile nel quinquennio 89/93 nei paesi ocse in relazione al modello organizzativo



La percentuale di variazione è sottostimata in alcuni Paesi in cui la disponibilità dei dati di mortalità evitabile si ferma all'anno riportato tra parentesi

Fonte: OECD Health Data Base 1996

Tab. 10 - Spesa sanitaria totale pro-capite in PPP\$ (parificando il potere d'acquisto delle monete) in relazione ai modelli organizzativi dei Servizi Sanitari nei Paesi OCSE, 1994.



Fonte: OECD Health Data Base 1996, rielab.

SPESA SANITARIA E PIL

Tab 15

Questo discorso comunque non vale solo per gli USA o la Svizzera ma riguarda tutti i paesi che sono sprovvisti di SSN: Non solo pur fornendo risposte complessivamente un po' meno efficaci, hanno una spesa sanitaria totale (pubblica+privata) complessivamente molto maggiore, ma anche la sola componente pubblica risulta maggiore con la corrispettiva dei paesi con SSN.

Da cio' ne deriva che i ceti medi che sopportano la maggior tassazione per la spesa sanitaria, avrebbero tutto da guadagnare dall'introduzione di un SSN.

Tab16

Dalla tab 16 si puo' vedere di quanto aumenterebbe la tassazione in Italia per la spesa sanitaria se si adottassero altri sistemi.

CORRELAZIONE SPESA-EFFICACIA

Dai parametri usati si hanno dei risultati sconcertanti: mentre nei paesi con SSN, come prevedibile, ad una maggiore spesa sanitaria corrisponde un minor numero di morti evitabili nei paesi senza SSN si ottengono risultati esattamente opposti ossia la spesa sanitaria cresce con il numero delle morti evitabili.

SPESA SANITARIA E DURATA DEI RICOVERI

L'introduzione dei DRG (pagamento a prestazione) possiede l'indiscutibile proprieta' di ridurre la degenza media. Siccome la componente maggiore della spesa sanitaria e' costituita da quella ospedaliera si capisce bene perche' siano stati moltissimi i paesi che abbiano adottato questo sistema. Si capisce meno se si riflette che la riduzione della degenza media non mostra alcuna correlazione con la diminuzione della spesa sanitaria.

TEMPI DI ATTESA EFFICACIA-COSTI

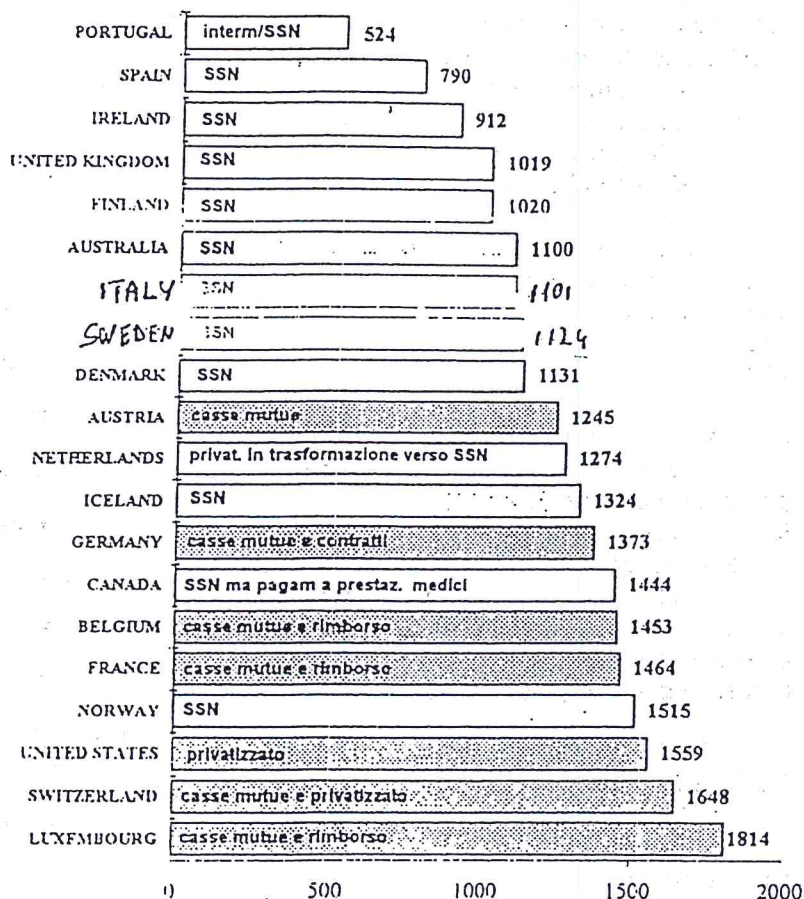
Non sembrano esserci correlazioni tra tempi di attesa ed efficacia. Mentre esiste una correlazione inversa tra tempi di attesa e costi: a minori tempi di attesa corrisponde maggiore spesa. Quello che a prima vista potrebbe stupire e' che nei limiti estremi ossia dove i tempi di attesa sono molto bassi si registra una minore efficacia. La spiegazione dovrebbe essere questa: se da una parte la rapidita' d'intervento aumenta l'efficacia dall'altra induce una domanda molte volte ingiustificata.

NATURA PREVALENTE DEI PROVIDERS (EROGATORI)

	Spesa sanitaria pro-capite (1994) in PPPS	Spesa sanitaria pubblica come % del totale (1994)	Spesa sanitaria pubblica in PPPS
USA	3.516	44%	1.559
Svizzera	2.294	71,8%	1.648
Italia	1.561	70%	1.101

Fonte: OEDC Health Data Base 1996

Tab. 15 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite in PPPS in relazione ai modelli organizzativi dei Servizi Sanitari, 1994.



Tab.16 - Variazioni ipotizzabili nella tassazione generata dall'adozione di differenti modelli organizzativi nella sanità.

	Spesa san. pubblica 1994 (in PPPS)	Differenza % vs. Italia	Variazioni tassazione generale
Finlandia (SSN)	1.020	- 7 %	- 1 %
Svezia (SSN)	1.124(*)	circa =	circa =
Italia (SSN)	1.101	=	=
Germania (Casse Mutue)	1.373	+ 25 %	+ 35 %
Francia (Casse Mutue)	1.464	+ 33 %	+ 4,6 %
USA (privatizzato)	1.559	+ 41 %	+ 5,7 %
Svizzera (Casse Mutue e privatizzato)	1.648	+ 50 %	+ 7 %

(*) 1.079 secondo altra Tabella OCSE

Tab 24 e 25

Dalle tabelle 24 e 25 si evince una maggior efficacia ed efficienza dei paesi con providers prevalentemente pubblici.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL MEDICO DI PRIMO CONTATTO

Esistono sostanzialmente tre tipi di retribuzione per i medici di primo contatto: A prestazione, stipendiati, a quota capitaria.

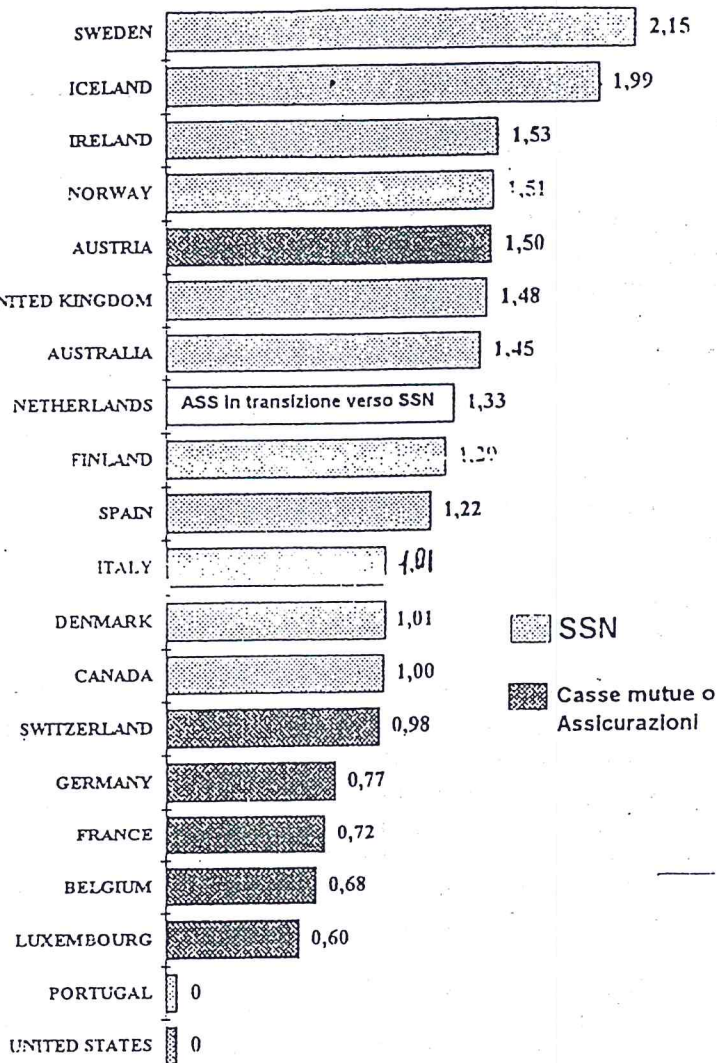
Il pagamento a prestazione, mentre sembra avere una efficacia leggermente inferiore, induce sicuramente una spesa maggiore (contrariamente a quanto si potrebbe credere). Questo perché la Sanita' è un "mercato imperfetto": Troppa differenza di informazione tra domanda ed offerta, troppe connotazioni emotive facilmente influenzabili e soprattutto troppa commistione tra interessi dei medici ed interessi degli assistiti. Tab 26/27

A questo proposito bisogna dire che, pur lasciando una certa libertà alle singole Regioni, alcuni accordi nazionali prevedono che in Italia ci possa essere una quota di prestazioni del medico di famiglia (definite aggiuntive ma a tutti gli effetti pienamente dentro le prestazioni necessarie) che possono venire fatte in regime di libera professione. Complessivamente una attuazione di tali accordi in questo senso molto realisticamente porterebbe ad una espansione della spesa sanitaria.

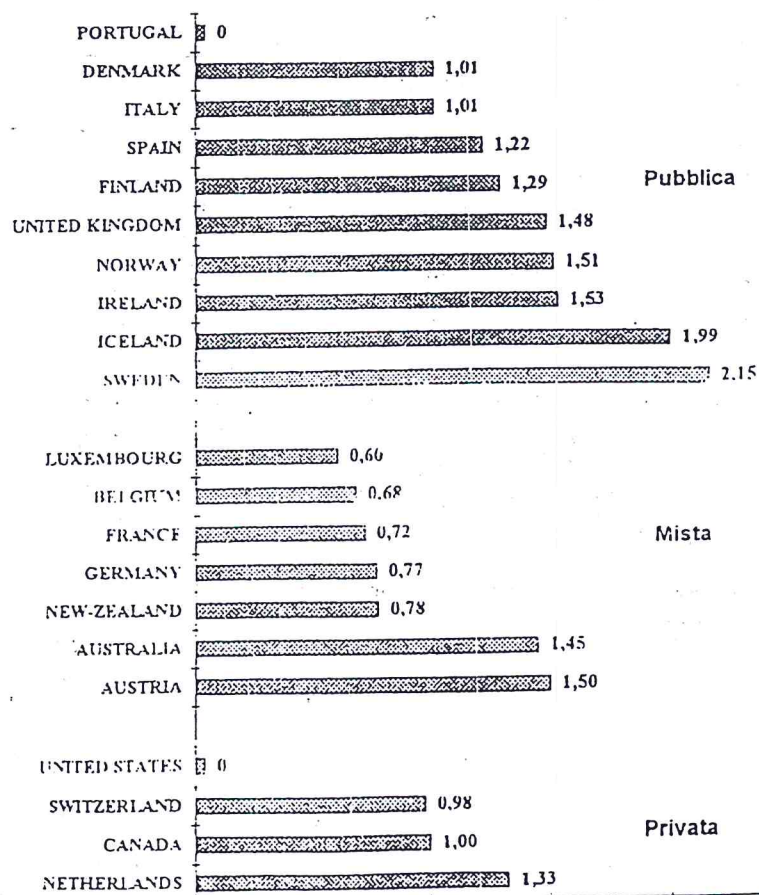
VARIABILITA' DELLE CURE E MODALITA' DI RETRIBUZIONE

È noto a tutti che esiste una variabilità estrema nelle indicazioni per una stessa patologia consultando vari medici; è altrettanto noto che questa variabilità è anche di tipo geografico. Molte sono le cause che determinano ciò: Differenze epidemiologiche, differenze cliniche, differenze nelle preferenze dei clienti-assistenti, differenze legate alle varie correnti di pensiero dei medici ma ormai è certo che la più importante delle cause di questa variabilità è determinata dalle differenze indotte dall'offerta intesa come diversa disponibilità di determinati trattamenti o come differenze nel livello delle conoscenze dei medici, o come diversa copertura assicurativa o come convenienza del medico ad effettuare certe prestazioni.

Ad esempio esiste una variabilità grande tra i più comuni interventi chirurgici tra i vari paesi presi in esame e si è visto che essa è correlata con il numero dei chirurghi presenti sul "mercato" nei paesi dove la maggior parte di essi sono liberi professionisti mentre questo non avviene dove, in



Tab. 25 - Efficienza (efficacia/costi) dei sistemi sanitari di 20 Paesi OCSi in funzione della natura prevalente dei providers.



prevalenza i chirurghi non sono incentivati finanziariamente visto che sono dipendenti stipendiati.

Un altro aspetto da sottolineare e' costituito dal fatto che comunque in USA un chirurgo fa 3,6 operazioni alla settimana mentre in Inghilterra ne fa 6,2. Questo perche' negli USA i chirurghi perdono molto tempo a cercare e mantenere la clientela.

Si e' pure tentato di calcolare quale potesse essere la misura dell'induzione agli interventi chirurgici verificando la differenza tra gli interventi tra la popolazione comune e quella parente di medici Tab29. Riportiamo alcune tabelle che riguardano una serie di interventi nei vari paesi.

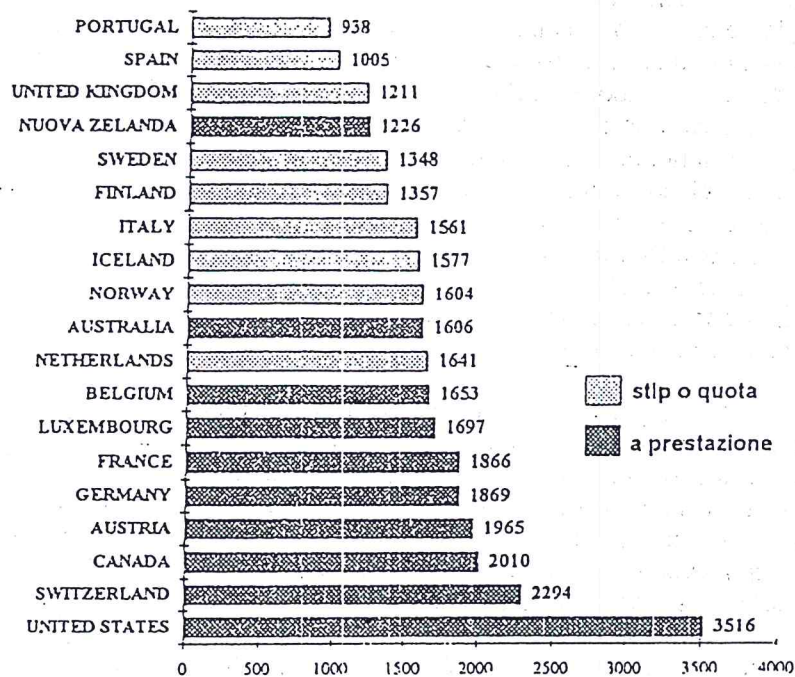
E' chiaro che il pagamento a prestazione e' un potentissimo induttore di interventi chirurgici spesso inappropriati. Alcuni esempi possono rendere l'idea: In Giappone, dove esiste una mortalita' infantile tra le piu' basse del mondo, una donna ha 30 volte di meno la probabilita' di essere sottoposta ad un taglio cesareo, che in Canada e 40 volte in America dove la mortalita' infantile e' piuttosto alta.

In Svezia dove la percentuale di donne sopra i 65 anni e' del 46% piu' alta del Canada e viene sottoposta ad un programma di screening mammografico generalizzato al di sopra delle raccomandazioni internazionali una donna ha la meta' delle probabilita' di essere sottoposta a mastectomia rispetto al Canada. Tab34

Non risulta che il maggior interventismo in alcuni paesi sia interamente dovuto alla percentuale di inapproprieta' dei singoli interventi tuttavia esiste una correlazione. Secondo uno studio USA il 56% degli interventi di by pass coronarico risultarono appropriati, il 30% discutibili, il 14% inappropriati, per quanto riguarda l'impianto di pacemaker cardiaci (effettuati in 30 ospedali dell'area di Filadelfia in 6 mesi) 44% di impianti indicati, 36% probabilmente indicati, 20% non indicati. Premesso che in questi calcoli non e' stata presa in considerazione la questione costi essi pero' risultano sicuramente sottostimati essenzialmente per due ragioni: 1) perche' non sono stati fatti da epidemiologi ma da ghirurghi del settore 2) perche' si riferiscono a protocolli americani che sono tra i piu' interventisti del mondo. Un altro fenomeno da registrare e' la straordinaria espansione della chirurgia ambulatoriale tanto da far raggiungere al Canada il discutibile primato di un intervento chirurgico per cittadino ogni 3 anni e 10 mesi.

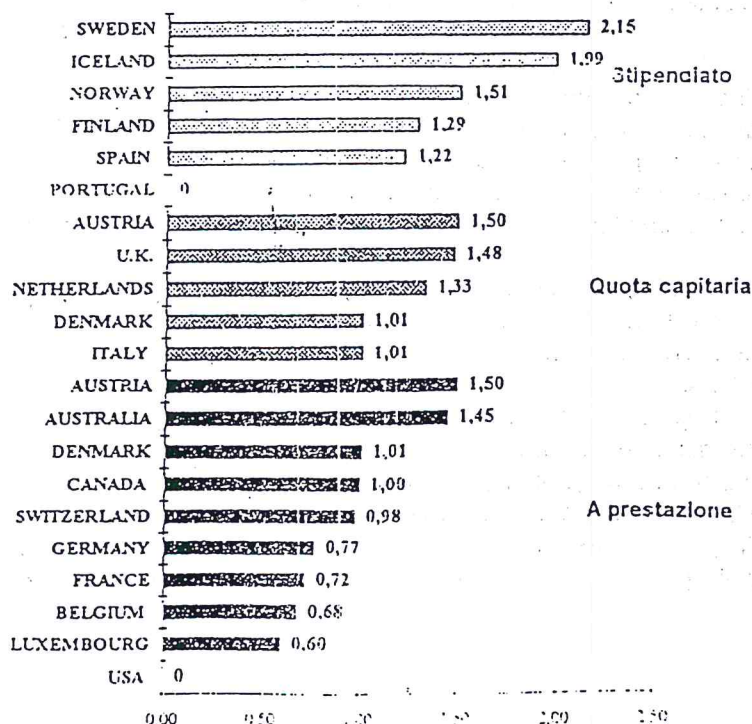
IL POTERE DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO NEL DETERMINARE LE SCELTE CLINICHE

tab 26 Spesa sanitaria totale procapite in relazione al pagamento del medico di primo contatto



Fonte: OECD Health Data Base 1996, rielab.

Tab 27 Efficienza (rapporto efficacia/costi) dei sistemi sanitari nei Paesi OCSE in relazione alla modalita' (esclusiva o prevalente) di pagamento al medico di primo contatto, 1993.



Fonte: OECD Health Data Base 1996, rielab.

Tab. 29 - Prevalenza di interventi chirurgici nei medici e loro familiari rapportata alla popolazione generale in Canton Ticino.

Il pagamento a prestazione quindi è un potente induttore degli interventi chirurgici. Si è tentato di ovviare a questo introducendo il sistema a DRG. Ossia si paga non a singola patologia ma ad un gruppo omogeneo di patologie. I risultati sono stati contraddittori e mai esaltanti o addirittura contrari a quanto si voleva ottenere. Per esempio il trapianto di fegato in Italia risulta la più remunerata (103.411.000 lire). Convenientissimo soprattutto se il paziente muore subito dopo l'intervento, risparmiando il trattamento farmacologico e le altre spese. È fantamedicina pensare che l'indicazione al trapianto di una struttura (con problemi finanziari) possa essere valutata con minor rigore? La sproporzione tra i trapianti di fegato tra Inghilterra e Usa sembra più da attribuirsi ad una diversa valutazione di tariffario che ad un effettivo ritardo tecnologico degli inglesi. Tab 41

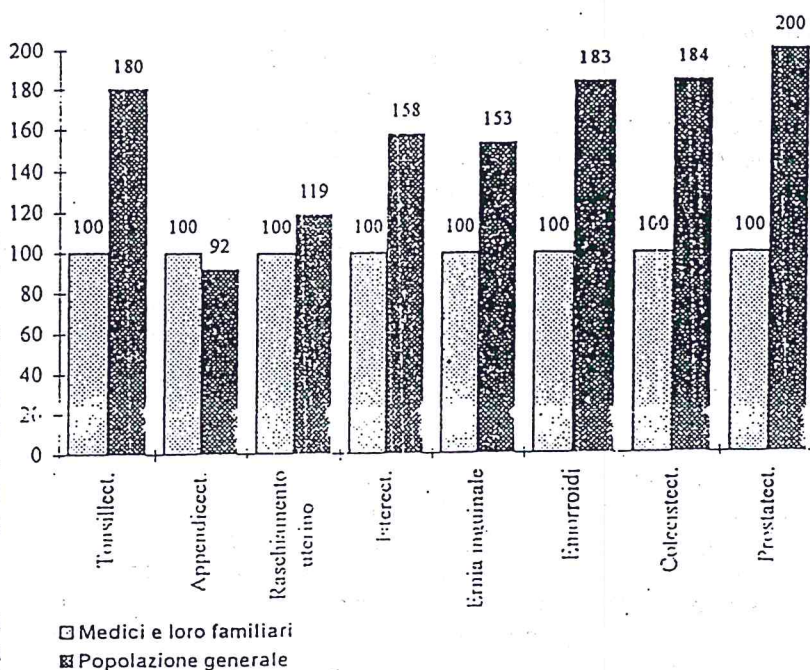
La variabilità delle risposte cliniche ad una stessa patologia però non riguarda solo la chirurgia ma investe tutti i campi: Esami radiologici, esami di sangue, consumo dei farmaci. Per quest'ultimo parametro possiamo rilevare che un franese consuma 6 volte di più farmaci di un inglese, mentre le differenze per gli altri due parametri sembrano essere determinate dalle modalità di pagamento del medico di primo contatto (quota capitaria, stipendio, a prestazione). Anche in questo caso sembra verificarsi un paradosso per cui i paesi con minori prescrizioni sono quelli che hanno il minor numero di morti evitabili. Tab 42 e 43.

Anche gli screening raccomandati dalle organizzazioni internazionali sono sensibilmente meno interventisti rispetto alla comune e martellante promozione che passa tra i cittadini.

Un'altra variabile di grande importanza da esaminare è costituita dalla presenza o meno di filtri d'accesso per il livello specialistico (referral). Risulta la maggior efficacia e la minor spesa per quei paesi che hanno questi filtri e che in genere risultano i meno liberisti. Tab 47

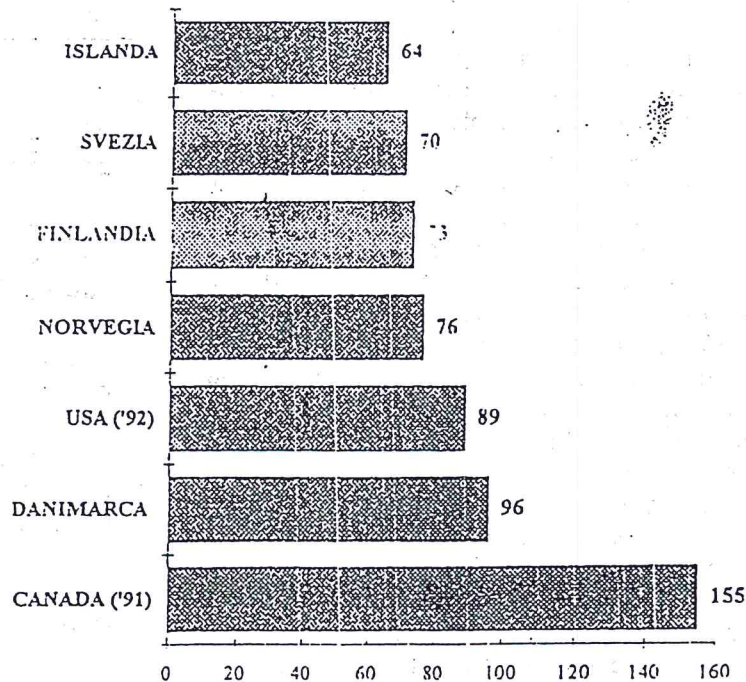
SEPARAZIONE TRA ACQUIRENTI E PRODUTTORI/EROGATORI O LORO INTEGRAZIONE, IL CASO DELLA GRAN BRETAGNA

Una moda diffusasi in maniera acritica nelle riforme sanitarie di molti paesi è quella della separazione tra acquirenti (USL, Distretti, medici di famiglia) dagli erogatori (Ospedali, poliambulatori, singoli professionisti accreditati). Le motivazioni apportate per tale cambiamento sono una maggior



Con l'eccezione dell'appendicectomia, la popolazione va incontro a un eccesso di operazioni - tra le sette esaminate - del 20-100% rispetto ai medici di quel Cantone e ai loro familiari (cui è stato convenzionalmente attribuito l'indice 100 per ogni tipo di intervento).

Fonte: Domenighetti G. e altri. Dipartimento delle Opere Sociali, Sezione Sanitaria, Bellinzona. Da Il mercato della salute, CIC 1984, e dati non pubblicati



I dati che la popolazione con 65 o più anni rappresentava il 17,4% in Svezia, 16% in Norvegia, il 15,5% in Danimarca, il 14,2% in Finlandia, ma solo il 2,4% negli USA e il 11,9% in Canada.

produttività per la concorrenza instaurata, e una maggiore chiarezza dei ruoli.

Le motivazioni contrarie sono che: 1) I ruoli comunque sarebbero ricomposti disinvoltamente di medici di base. 2) Che mancano le condizioni per un mercato visto che manca la possibilità dell'acquirente di specificare esattamente cosa vuole dal fornitore e che vi è un considerevole rischio di comportamenti opportunistici da parte del venditore.

Nel 1990 in Inghilterra si è introdotta una riforma basata sulla separazione tra erogatori e acquirenti con lo scopo di contenere la spesa sanitaria. (Dello stesso tipo di quella che si sta attuando in Italia). I risultati sono stati che la spesa sanitaria ha avuto una brusca impennata e, ad esempio, gli interventi chirurgici hanno superato nel 95 quelli eseguiti in America.

Questo perché gli ospedali pubblici e quelli non profit (molto presenti in Inghilterra) sono stati indotti a scimmiettare quelli for profit. Inoltre si sono stimulate quelle tendenze che richiedono la possibilità per una quota di cittadini di sottrarsi dal fondo sanitario nazionale contraddicendo il principio solidaristico sul quale è fondato un SSN che prevede l'iscrizione obbligatoria, e una sostanziale accessibilità universale ai servizi. In ultima analisi si può tranquillamente affermare che questo tipo di riforma, che introduce un mercato misto, a lungo andare porta il sistema fuori da un SSN.

Le ultime posizioni espresse dai vari responsabili della Sanità inglesi mostrano una sostanziale marcia indietro per quanto riguarda la logica del mercato e della competitività nella sanità. Questo anche perché sostanzialmente questo tipo di logica non ha avuto un approccio molto pragmatico da parte delle realtà sanitarie inglesi che hanno subito messo un'evidenza agli aspetti deleteri di questo disegno politico. In pratica questa differenza tra acquirenti/erogatori nella realtà si è verificata in maniera molto contenuta. La grandissima difficoltà di regolare questo mercato e la conseguente instabilità del sistema ha spinto verso una collaborazione tra erogatori e acquirenti.

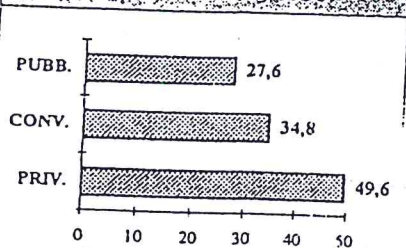
Dunque in Inghilterra si sta tornando indietro e si sta rimettendo sotto controllo la spesa sanitaria. Nel 1994 (a 4 anni dalla riforma) la spesa pubblica sanitaria sul totale era del 84% ed i posti letto pubblici rappresentavano il 96,3 %. In Italia (70% di spesa pubblica e 79,5% di posti pubblici nel 91) offrono minori garanzie per contrastare le forze di mercato. Inoltre bisogna aggiungere che l'amministrazione e la tradizione dei sistemi valutativi sono ben diversi tra Inghilterra ed Italia.

Tab. 35 - By pass coronarico (per 100.000 abitanti) nei Paesi per cui l'OCSE fornisce dati aggiornati (1993)

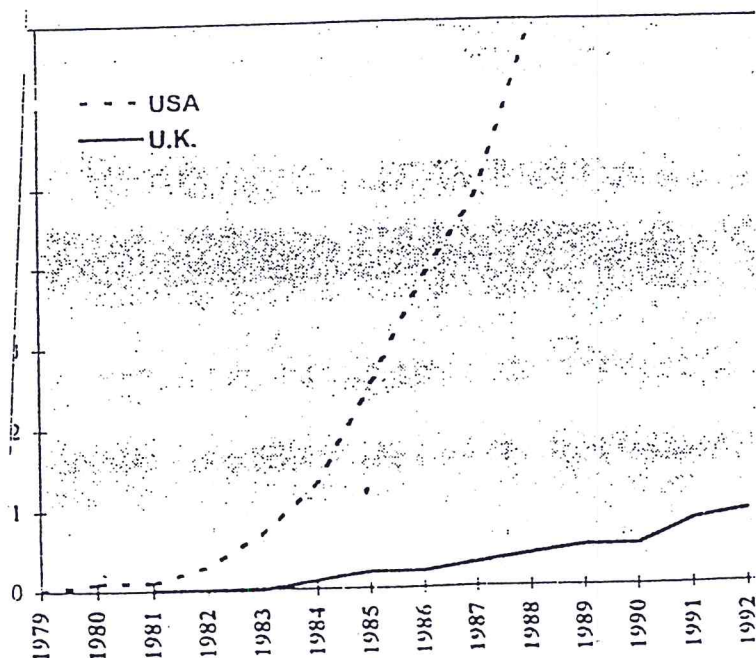
USA ('92)	20.900
Germania ('91)	3.050
Francia ('91)	2.225
Regno Unito	1.605
Svezia	1.269
Australia	1.265
Olanda ('92)	1.033
Norvegia	603
Danimarca	174
Nuova Zelanda	128
Islanda	17
Finlandia	7

Fonte: OECD Health Data Base 1996

Tab. 31 - Parti cesarei per tipologia di istituto - Lazio 1995



Tab. 41 - Confronto tra gli andamenti temporali dei trapianti di fegato (per 100 mila abitanti) negli USA e nel Regno Unito

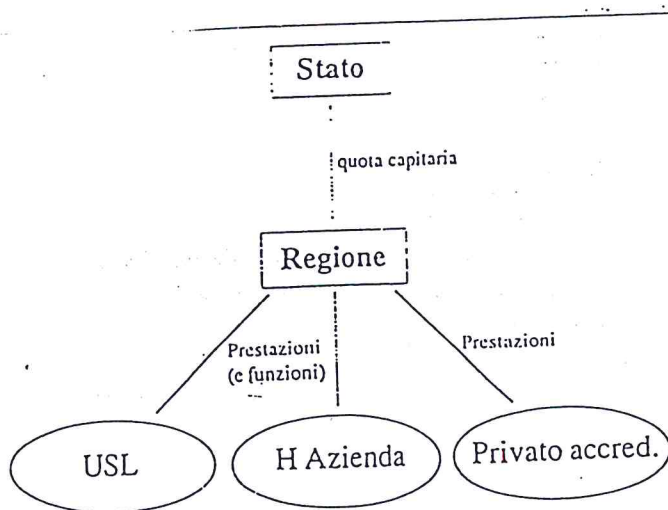


come è diversa la tradizione dei medici di base che hanno costituito una delle più grosse resistenze all'impostazione di mercato.

LIMITI E DELLO SCORPORO DEGLI OSPEDALI DALLE USL

- 1) Disintegrazione dal territorio e dalle esigenze degli assistiti di avere un percorso sanitario unitario.
- 2) Operazione costosa ed anacronistica. In tutti i paesi più liberisti si stanno recuperando quei valori e principi di funzionamento che non prevedono la competitività tra singoli momenti assistenziali (ora singoli ospedali, ambulatori, medici ecc) ma che spostano la competitività tra i vari sistemi ognuno dei quali ha in carico complessivamente il percorso assistenziale con un funzionamento tra i vari momenti integrato e collaborativo secondo un sistema che unisce l'organizzazione del servizio, il finanziamento e la distribuzione dello stesso in un territorio predefinito, e che fornisce, dietro il versamento di una quota capitaria tutti i servizi indispensabili all'assistenza a domicilio, ospedaliera e dell'attività ambulatoriale.

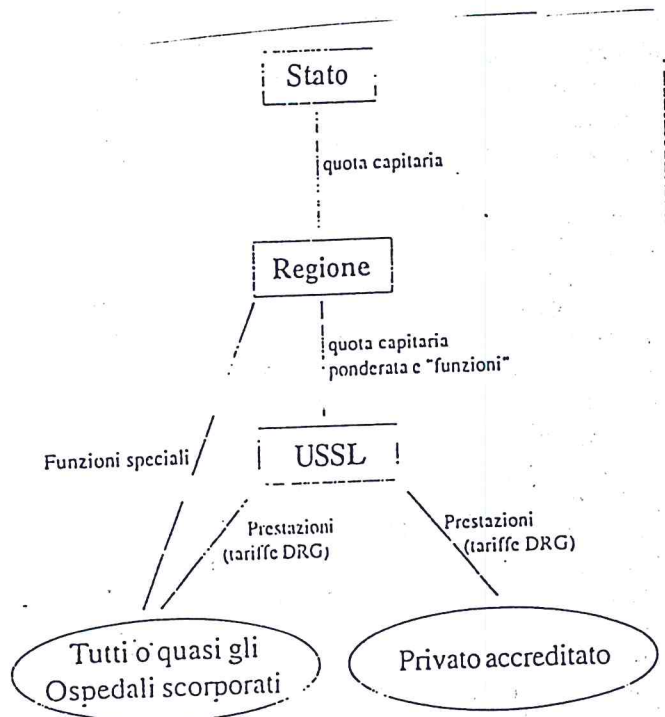
Modello che paga la malattia I tipo



In questo modello di finanziamento:

- l'unico responsabile della tutela della salute resta la Regione.
- le USL sono pagate per produrre prestazioni (alla stessa stregua degli Ospedali Azienda e del Privato accredit.).
- la maggiore ricchezza di un'Azienda sanitaria sono i malati
- la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati ... bisogna inventarli! (o addirittura fabbricarli)
- + salute e + efficacia = minori entrate
- + eliminazione dell'inefficienza = effetti contraddittori (dipende dalla convenienza o meno delle tariffe che remunerano le prestazioni inappropriate)
- + efficienza = maggiori entrate/avanzi di gestione
- + efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) = pure!

Modello che paga la malattia II tipo



Anche in questo modello di finanziamento:

- la maggiore ricchezza degli Ospedali scorporati sono i malati
- la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati ... bisogna inventarli! (o addirittura fabbricarli)
- + salute e + efficacia = minori entrate
- + eliminazione dell'inefficienza = effetti contraddittori (dipende dalla convenienza o meno delle tariffe che remunerano le prestazioni inappropriate)
- + efficienza = maggiori entrate/avanzi di gestione
- + efficientismo (cioè efficienza senza efficacia) = pure!

3) Viene meno l'interesse aziendale che è quello di tutelare al meglio la salute della comunità degli assistiti ed emerge quello di aumentare le prestazioni che siano convenienti (e ridurre le altre!). Tutto viene garantito dalla efficacia dei valutatori degli organi tutelatori. Ma è chiaro che una capacità e una tradizione valutativa non si improvvisa considerato anche che i pochi soggetti che possano cimentarsi su questi temi si sono tutti indirizzati alla carriera di direttori generali dei soggetti erogatori.

Quello che si è visto in maniera abbastanza chiaro è che difficilmente interventi esterni possono mutare il tasso di interventismo dei chirurghi se ciò entra in conflitto con i loro interessi economici, risultati sensibilmente migliori si hanno se questi tipo di interventi (campagne di informazione, divulgazione di dati, ecc.) vengono effettuati nei confronti degli utenti. È evidente che un Sistema Sanitario dovrebbe però evitare i presupposti che mettono in conflitto gli interessi degli operatori con quelli della salute. Questi conflitti si risolvono inevitabilmente a vantaggio dei medici senza che queste contraddizioni emergano esplicitamente. Ad esempio ci sono voluti 20 anni per portare il tasso di tonsillectomie negli USA vicino ai livelli degli altri paesi. Ma questa patologia costituisce una cosiddetta area chiara della medicina in quanto è indiscutibile scientificamente che le tonsille servono e bisogna toglierle solo se c'è una vera ragione. Ma la medicina è composta in maggioranza di aree grigie dove basta poco per legittimare pratiche dannose.

Un ultimo esempio: nonostante che Medicare negli USA ha messo in piedi un gigantesco sistema di controllo, confrontando 11 strategie di controllo per il tumore dell'intestino si registrano differenze di spesa di circa 28 volte senza che si possa rilevare una differenza di efficacia.

Una cosa da comprendere è che, seguendo questa politica sanitaria sicuramente si andrà incontro ad un sur plus di promozione delle proprie prestazioni da parte di tutto il coro degli erogatori portando ad una progressiva medicalizzazione della società.

A CHI GIOVA IL PAGAMENTO A PRESTAZIONE E LO SCORPORO DEGLI OSPEDALI?

Rivoltando la domanda ci si potrebbe chiedere a chi nuoce. Sicuramente agli assistiti, ai ceti medi su cui graverebbero più tasse per l'aumento della spesa. All'efficacia (i paesi con sistemi a

prestazione hanno avuto la minor crescita di efficacia negli ultimi anni), ai medici il cui livello di soddisfazione negli USA è il più basso del mondo.

Una piccola ma significativa categoria che sicuramente sponsorizza una tale evoluzione è costituita dai valutatori e dalle società fiorite in base alle grosse quantità e qualità di commesse che stanno proliferando. Questi valutatori, da sempre frustrati dalla completa mancanza di analisi nella politica sanitaria fino ad adesso, costituiscono un punto essenziale, ricercatissimo e pagatissimo nella nuova situazione. In parte si può spiegare con questo il loro acritico abbraccio con i concetti della riforma.

Sostanzialmente chi ci guadagna di più e più interviene in questo senso è la sanità privata che vede molto favorevolmente un innalzamento della spesa sanitaria ed in particolare della quota privata. Negli USA le Assicurazioni hanno speso 300 milioni di dollari per promuovere campagne televisive contro la riforma proposta da Clinton nel 93. È chiaro che più va in pezzi il SSN più profitti si possono realizzare specie ora, che anche legislativamente, la Sanità privata ha perso il carattere di "integrativa" rispetto a quella pubblica diventando formalmente paritaria.

ASPETTI NORMATIVI

La legge 502 non obbliga le Regioni a incorporare tutti gli ospedali dalle USL. Anzi questa prospettiva cozza violentemente con il principio dell'Autonomia aziendale sottraendogli la possibilità di decidere quale sia la forma di finanziamento da adottare. Anche la Finanziaria del 96 consente una lettura in questo senso, l'unico vincolo normativo che obbliga lo scorporo degli ospedali dalle USL è riportato dal DM del 15 aprile 94. Quello che si potrebbe prospettare è un parziale cambiamento della 502 e del DM del 94. Comunque è anche uno stravolgimento normativo quello proposto dalle leggi di riordino regionali (come la Lombardia) che dispongono lo scorporo totale, operazione in ogni caso facoltativa.

CARATTERISTICHE DI UN SISTEMA DI FINANZIAMENTO IDEALE

Un sistema di finanziamento ideale dovrebbe tendere ad incentivare:

- 1) La promozione della salute, 2) L'autogestione dei problemi di salute 3) L'efficacia delle prestazioni erogate eliminando quelle superflue, dannose, inutili, 4) Una corretta individuazione delle prestazioni da garantire in funzione di ottimizzare il rapporto costi/utilità. 5) L'aumento della efficienza operativa. 6) L'aumento di accessibilità, equità, solidarietà, qualità "soft"

del servizio ed in genere della soddisfazione dei cittadini. 7) La soddisfazione e motivazione degli operatori 8) La tensione ad un miglioramento continuo della qualità 9) la produzione e diffusione di informazioni in termini di salute, di efficienza, equità e soddisfazione in relazione ai servizi offerti da mettere attivamente a disposizione di tutti gli attori del sistema.

RISPOSTE DEL VECCHIO E NUOVO SISTEMA A QUESTE CARATTERISTICHE.

Il vecchio sistema era basato sul finanziamento da parte dello stato e regione dei settori produttivi e sostanziale ripiano del deficit.

Un tale sistema non rispondeva ad alcune delle caratteristiche sopra elencate tuttavia se non altro non confliggeva con alcune di esse (equità, solidarietà, ecc) inoltre lasciava un grosso margine all'etica professionale. Complessivamente era un sistema che portava ad un alto grado di deresponsabilizzazione.

Il nuovo sistema, basato sul finanziamento in base ai DRG presenta su questo aspetto alcuni vantaggi:

Maggiore efficienza rispetto al sistema precedente (solo in termini del rapporto prestazioni/costi)

Sviluppo dei sistemi informativi.

Incentivazione della velocità di risposta.

Tuttavia questi a questi vantaggi corrispondono rischi enormi in merito all'inequità e di distorsione delle finalità del sistema o addirittura di aperto conflitto con l'etica professionale e con gli interessi di salute dei singoli e della comunità.

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO CHE PAGA LA MALATTIA

I problemi maggiori nascono dal finanziamento a prestazione e dall'impossibilità pratica di classificare esaustivamente la miglior risposta ad una situazione clinica. Questo presupporrebbe la impraticabile presenza di un controllore preparato e disinteressato affianco di ciascun operatore.

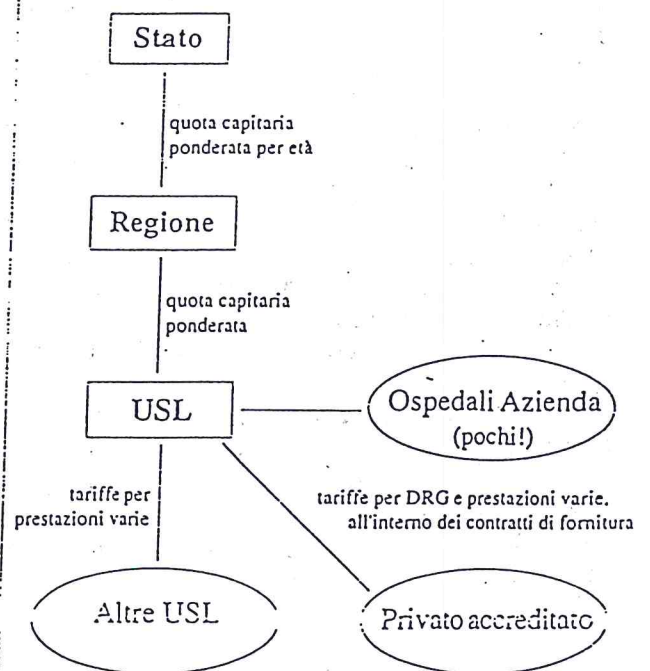
Anche dove esistono protocolli di intervento definiti e certi vi è spesso l'impossibilità strutturale di verificare l'appropriatezza della applicazione di un protocollo a un caso clinico. La valutazione della risposta ottimale può essere giudicata basandosi su sintomi e segni verificabili solo "qui" ed ora. E' per questo che il finanziamento a prestazione tende a dilatare l'erogazione delle prestazioni.

Un tale tipo di finanziamento può essere definito come un sistema "che paga la malattia" (tab 50 e 51)

Nel primo sistema la Regione è l'unico organo tutelatore della salute rispetto a tutti gli altri che sono erogatori. Nel secondo sistema le usl assumono il ruolo di un'assicurazione pagatrice in permanente conflitto con tutte le aziende erogatrici (regione Lombardia ed Inghilterra nel '90). Con questo sistema è presente il "DGR creep" ossia lo scorrimento verso l'alto delle categorie di DRG. In pratica un paziente in buona salute è solamente un paziente che non è stato sottoposto ad adeguati accertamenti. Un tale sistema tende a fabbricare malati in una logica di sopravvivere nel mercato. Il medico tende a trasformarsi da agente in nome del malato in agente per conto degli interessi propri o dell'Azienda Ospedaliera da cui dipende. Questo secondo sistema ha dato abbondanti prove di non poter funzionare in nessun paese del mondo.

IL SISTEMA CHE PAGA LA SALUTE

Tab. 52 - MODELLO CHE PAGA LA SALUTE



In questo modello di finanziamento:

- le USL sono pagate per produrre salute e sono incentivate a tutelarla con la massima coerenza possibile
- la salute è la maggiore ricchezza di un'Azienda sanitaria
- salute = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
- efficacia = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
- appropriatezza = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
- eliminazione dell'inefficienza = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)
- efficienza = + avanzi di gestione da reinvestire (o per incentivare)

Perché le USL pagate per la salute sono meglio delle HMO?

Fatte salve le analogie tra una HMO e una USL "pagata per la salute", dal confronto emerge la superiorità di quest'ultimo modello. Si analizzano caratteristiche differenziali e loro effetti.

Caratteristiche differenziali	USL	HMO
1) <u>Dimensione media</u>	200-300 mila	50 mila (pur in presenza anche di organizzazioni molto più grandi)
2) <u>Meccanismi amministrativi di finanziamento e controllo</u>	relativamente semplificati	più complicati
3) <u>Responsabilità</u>	resp. finanziaria per i residenti per tutta la loro vita (anche se si servono da providers esterni alla USL) e resp. per un determinato territorio	resp. finanziaria degli assicurati solo per il periodo (spesso un anno) di validità del contratto e solo se si servono dei providers dell'HMO
4) <u>Natura giuridica</u>	aziende pubbliche con finalità di tutela della salute e il vincolo dell'equilibrio economico, ma senza fine di lucro	di norma imprese private for profit
5) <u>Sistema di appartenenza</u>	inserite in un SSR e SSN finalizzati alla tutela della salute (con possibilità di interventi di riequilibrio)	devono contare solo sulle proprie forze

Conseguenze a favore dell'USL

- scelta molto maggiore di servizi all'interno di un territorio definito, e minori spostamenti da parte degli assistiti (per caratteristica 1)
- costi pro-capite assai minori (per 1 - 2 - 4 e 5)
- si evita o affievolisce la pressione per negare servizi probabilmente utili ma costosi a singoli individui (per - 5 - 4) (tale pressione nelle HMO e in altre forme assicurative in USA può rasentare la brutalità e rischia di portare alla manipolazione dei pazienti e a una perdita di fiducia e credibilità (*) con connesso aumento di conflittualità e di contenzioso legale, espansione della cosiddetta "medicina difensiva" e relativi aumenti di costi e di iatrogenesi)
- libertà di scelta del medico e del luogo di cura enormemente maggiore (per 3)
- migliore potenzialità di valutare l'impatto delle proprie politiche nel medio-lungo periodo (per 3) e di adottare i necessari correttivi
- non rischio di tracollo finanziario (per 5). (In caso di evenienze che sfuggono alla possibilità di controllo locale, un'USL può contare su un intervento del SSR, in grado di riequilibrare un grave disavanzo. E anche nel caso di responsabilità gestionali, si ha sostituzione della direzione che ha fallito, ma non ne pagano il prezzo gli assistiti. Invece anche quando le HMO prosperano, l'avanzo (per 4) non viene tutto reinvestito per qualificare il servizio (e incentivare chi vi lavora), ma vengono necessariamente sottratte quote per gli azionisti. Se le cose vanno male, prima di andare in bancarotta (con risultati comunque disastrosi per gli assicurati), una simile impresa cercherà di ridurre i costi sottraendo anche l'assistenza necessaria. Si badi che anche le Assicurazioni e gli Ospedali no-profit e persino le strutture pubbliche in USA sono stati forzati dalle leggi economiche di un "mercato non pianificato" a rimodellare i propri comportamenti a immagine della loro controparte for-profit (37) (38).

(*) ciò potrà costituire un problema anche per i GP fund-holders: nella misura in cui il loro finanziamento, basato inizialmente sulla spesa storica di ciascuno, si allineerà progressivamente alla quote capitarie, essi potrebbero incontrare i problemi di una HMO "in sedicesima" con poche migliaia di iscritti

Si basa sul principio della quota capitaria ponderata per i residenti, attribuita alle Usl dotate di quasi tutti gli ospedali, con compensazioni, tramite DRG, della mobilità in entrata ed in uscita, con flussi finanziari che seguono gli assistiti in ragione della loro libera scelta nelle usl non di loro residenza. Si può realizzare una coerenza di obiettivi solo se un ospedale rimane all'interno di un Usl che ricava maggiori entrate se contribuisce a mantenere più salute. Se tale sistema non raggiunge determinati livelli si assisterà ad una scelta degli assistiti - tendente ad usufruire di prestazioni di altre Usl che sarebbero pagate dalla Usl di provenienza. Insomma questo sistema dovrebbe tendere ad allineare gli interessi di chi lavora in ospedale con la salute. TAB52

Questo tipo di modello appena accennato avrebbe bisogno di una disamina attenta dei vari aspetti, tuttavia può costituire una base di discussione seria per trovare una strategia d'intervento sulla questione sanità.

In ogni caso quello che si tenta di incentivare con questo modello

A) Puntare sulla prevenzione e sulle cure primarie e a fare solo cose utili per la salute B) Individuare al proprio interno le prestazioni inutili o dannose C) Individuare, affrontare e risolvere i problemi di insufficiente qualità interna D) Individuare le migliori strategie informative e promozionali per far accedere la popolazione ai propri servizi interni che diano produzione di salute E) Individuare le migliori strategie informative e promozionali per evitare che i propri residenti siano indotti ad accedere a prestazioni non necessarie offerte da altre usl.

Un altro sottovalutato beneficio potrebbe essere quello di ridurre la medicalizzazione della società favorendo processi di autogestione e partecipazione che alla fine si traducono nella strada più corretta per fornire i migliori risultati di salute.

