- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.131.13.37 Thu, 18 Apr 2024, 11:18:22

EDITORIALE

Spendere con saggezza è fare meglio con meno

I presupposti indispensabili tra bisogni di salute e risorse economiche

Maurizio Bonati
Dipartimento di Salute Pubblica,
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri,
Milano
mother_child@marionegri.it

L'ipotesi che la medicina possa essere anche un modo del potere ha trovato ampio riscontro (evidenze) e il potere che le appartiene, così come quello a cui appartiene, è sempre più dipendente da quello economico[1,2]. Termini economici quali *spending review*, piani di rientro, patto di stabilità, *benchmark* sono ormai ricorrenti anche nel lessico sanitario e rimandano ad azioni "impopolari" (spesso a loro giustificazione) quali la riduzione del personale e dei posti letto, la introduzione di *ticket*, le economie della spesa farmaceutica e dei *device*, tutti interventi di riduzione o contenimento della spesa pubblica finalizzati anche ad orientare la domanda verso il settore privato.

La predominanza dell'economia in sanità è un processo intrinseco ai diversi sistemi sanitari: un rischio atteso per quelli pubblici di carattere "universalistico", non certo un rischio attribuibile, nel caso italiano, alla Legge 833 del 1978 che sconta gli inadeguati aggiornamenti operati negli anni e i limiti della politica e dei politici. Ripensare ad un nuovo Servizio Sanitario Nazionale che mantenga e garantisca i principi della 833 necessita di volontà, disponibilità e interesse per la definizione di un progetto strategico, condiviso e lungimirante: a tutt'oggi questo rappresenta ancora un bisogno inevaso.

La predominanza dell'economia in sanità è un processo intrinseco ai sistemi sanitari.

In tale contesto predominano quindi gli interventi dei tagli lineari e non quelli della razionalizzazione (efficacia, appropriatezza, costo, ecc.) degli "input" (le azioni "impopolari")[3]. Tagli generici, decisi centralmente, fatti a colpi d'accetta e non di bisturi animati da un'ideologia di cassa e non da un'idea di Paese[4]. È il quadro generale che accomuna tutte le aree sanitarie.

Negli ultimi anni si è progressivamente affermata l'esigenza di effettuare una programmazione delle attività dei vari servizi, sia territoriali che ospedalieri, al fine di rispondere ai bisogni della popolazione e di razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili attraverso l'adozione di strategie terapeutiche di cui sia stata valutata e documentata l'efficacia. Tuttavia i programmi e i modelli organizzativi ipotizzati (le Case della salute, i Centri Territoriali per l'assistenza socio-sanitaria, le Unità di Cure Primarie) si sono caratterizzati per la loro caducità, frammentarietà e debolezza.

Permangono quindi e cronicizzano differenze intra- e tra regioni nella programmazione sanitaria, nell'organizzazione dei servizi, nell'offerta qualitativa e quantitativa delle prestazioni e nella soddisfazione dei cittadini (tra questi anche gli operatori) per l'incapacità di bilanciare in modo equo e appropriato la risposta ai bisogni assistenziali e le risorse economiche disponibili[5]. La risposta universalistica ai bisogni di cura rimane, per modalità, qualità e quantità delle prestazioni di ampia differenza e variabilità, comunque fortemente associata alla latitudine[6]. La riforma del Titolo V della Costituzione dovrebbe

Sussiste l'incapacità di bilanciare equamente e in modo appropriato la risposta ai bisogni di cura e le risorse disponibili.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.131.13.37 Thu, 18 Apr 2024, 11:18:22

rappresentare un provvedimento urgente per qualsiasi Governo al fine di ottemperare al diritto sancito con l'art. 32 della Costituzione che il federalismo sanitario ha derubricato da "garantito" a "possibile" e non per tutti.

Sono molti gli interventi possibili nella pratica quotidiana con un rapporto costi-benefici favorevole per le voci che costituiscono l'impianto per la stima dei profili di spesa pro-capite annuale: minima per la fascia di popolazione 10-14 anni con 354 euro e massima per la fascia 75-84 anni con 4858 euro per l'anno 2012. Un rapporto 1/14 tra nipoti e nonni nelle regioni più "virtuose" (i famosi *benchmark)*[7].

Ridurre i costi della spesa sanitaria, in modo equo garantendo la qualità delle cure è possibile. Il presupposto indispensabile è, ancora una volta, di non partire dai costi e dalle risorse economiche disponibili, ma dai bisogni dello stato di salute della popolazione.

Programmare e usare in modo appropriato e oculato le risorse senza conoscere l'entità e il tipo di domanda (i bisogni) in democrazia è indice di ingiustizia[8]. Quindi il monitoraggio continuo e sistematico dello stato di salute della popolazione, a livello nazionale e locale, dovrebbe rappresentare uno strumento formale ed essenziale.

Definita la domanda (i bisogni) il secondo presupposto indispensabile è rappresentato dalla valutazione dell'offerta (audit delle attività di cura) in termini di qualità, appropriatezza, costi (diretti e indiretti) e gradimento dei pazienti. Ogni intervento di riorganizzazione sanitaria dovrebbe infatti basarsi principalmente su valutazioni di efficacia, efficienza e sostenibilità. Ogni intervento in sanità, come lo è in medicina, dovrebbe essere sotteso ad un'ipotesi da verificare e abbandonare o implementare in base ai risultati. A tutt'oggi questo succede con difficoltà, con scarsa *effectiveness* e principalmente in termini di solo *budget*.

Ne consegue un terzo presupposto essenziale che è rappresentato dalla responsabilizzazione di tutti: politici, programmatori, operatori e pazienti. I livelli di partecipazione alla/con responsabilità sono ovviamente diversi ma essenziali per una sostenibilità condivisa del diritto alla salute attraverso un sistema/servizio universalistico, solidale ed equo.

"Scegliere con saggezza" (*choosing wisely*) può essere un approccio efficace anche per la realtà italiana[9]. Alcuni decenni or sono dall'area culturale pediatrica venne lanciato lo slogan "Fare meglio con meno" che divenne (e continua ad essere) oggetto di riflessioni formali[10]. "È una frase piena di significato, e sempre più ne acquista col passare del tempo, in un mondo che, anche sul versante medico, consuma molto più tempo (e denaro) sul superfluo, esami sofisticati, controlli e poi controlli, vaccinazioni discutibili, e trascura, a volte colpevolmente, l'essenziale[11]". Ecco: scegliamo con saggezza, per far meglio, garantendo ciò che è appropriato, spendendo il giusto possibile (in genere è anche meno di quello che spendiamo). **R&P**

BIBLIOGRAFIA

1. Navarro V. Social class, political power and the state and their implications in medicine. Social Science & Medicine 1976; 10: 437-57.
2. Maccacaro GA. Per una medicina da rinnovare. Milano: Feltrinelli Editore, 1979.
3. Gutgeld Y. Più uguali più ricchi. Milano: Rizzoli, 2013.
4. Geddes M. W la Spending review! W il Servizio Sanitario Nazionale! Salute internazionale.info 2012: www.saluteinternazionale.info/2012/07/w-la-spending-review-w-il-servizio-sanitario-nazionale/
5. Vineis P, Dirindin N. In buona salute. Torino: Einaudi Editore, 2004.
6. Bonati M, Campi R. Nascere e crescere oggi in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
7. Pammolli F, Salerno NC. Le proiezioni della spesa sanitaria SSN: SaniMod 2011-2030, Working Paper 3, CERM, 2011.
8. Cochrane AL. Efficienza ed efficacia: riflessioni sui servizi sanitari. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
9. Ballini L. L'iniziativa Choosing Wisely rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti. Politiche sanitarie 2012; 13: 253-6.
10. Di Mario S, Iuli R, Macaluso A, et al. Qualità delle cure e costi in pediatria (Inserto 1996). Quaderni acp 2013; 20: 148-53.
11. Panizon F. Fare meglio con meno. Rubrica n. 3 maggio-giugno 2009: www.uppa.it/rubriche/ambiente/consumo-intelligente/fare-meglio-con-meno