

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

SOSTENIBILITÀ E DIABETE

AUTORE:

Marco Comaschi

Diabetologo, Direttore U.O. Medicina Interna ICLAS, Rapallo (GE) - GVM Care & Research

Sostenibilità: da un po' di tempo è la parola magica su cui si discute, ci si confronta, si litiga in ogni convegno, articolo, talk show in cui si parli del Sistema Italia.

E la Sanità è diventata rapidamente uno dei focus più dibattuti da economisti, politici, medici, consumatori, cittadini. Il concetto di sostenibilità di una società organizzata nasce alla fine degli anni ottanta, con il rapporto Brundtland all'ONU [1], in cui veniva definito come "equilibrio fra il soddisfacimento delle esigenze presenti senza compromettere la possibilità delle future generazioni di sopperire alle proprie".

Il richiamo al futuro è importante e consente di chiarire una volta per tutte l'anomalia di tante discussioni che si sentono o si leggono in questi ultimi tempi al riguardo del nostro Servizio Sanitario Nazionale e più in generale al sistema di welfare sul modello europeo. L'anomalia consiste nel fatto che la maggior parte delle discussioni parla di sostenibilità al presente, nel senso di mantenimento di servizi, prestazioni, tutele, in una parola il mantenimento di quelli che abbiamo imparato a conoscere come LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) [2]. È fondamentale questo punto: i livelli attuali non sono in discussione; le risorse disponibili

sono sufficienti a mantenere lo status quo, anche se si registra un aumento della spesa privata "out of pocket" da parte di una quota di cittadini, prevalentemente dovuta alla scarsa accessibilità del sistema pubblico, gravato da una serie di "barriere" volutamente difficili al fine di ridurre la domanda. Tutte queste barriere, in parte burocratiche (liste di attesa, piani terapeutici, restrizioni alle alte tecnologie), e in parte economiche (compartecipazioni, ticket), hanno finito per produrre un sistema "iniquo" dal punto di vista dell'accessibilità, ma non da quello della riduzione dell'offerta di prestazioni riferite ai LEA. In questo modo, una quota di cittadini rinuncia alle prestazioni offerte, perché ne trova difficilissimo l'accesso, ed un'altra quota invece si rivolge direttamente al mercato del privato per ottenere più facilmente il soddisfacimento dei bisogni espressi. È ovvio che la prima categoria è quella economicamente più svantaggiata e fragile, mentre la seconda è rappresentata da una fascia di popolazione a reddito più elevato o comunque in grado di pagare di tasca propria la prestazione sanitaria. La forbice economica si allarga nel modo più iniquo possibile. Per non cadere subito nella contestazione dell'affermazione fatta in precedenza, relativamente alla garanzia del rispetto dei LEA con le attuali risorse, è bene ricordare che le tre categorie di assistenza che il SSN è tenuto a fornire come LEA sono: l'assistenza di comunità (prevenzione di comunità), l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Ora, non c'è alcun dubbio che

tutte e tre le tipologie assistenziali sono comunque garantite: i sistemi di prevenzione di comunità (controllo dell'aria, delle acque, dei cibi, vaccinazioni) sono assolutamente adeguati, se è vero, come è vero, che i sistemi dell'Igiene Pubblica italiana sono riconosciuti tra i più efficienti d'Europa. L'assistenza distrettuale per più del 90% è costituita dal sistema delle Cure Primarie (Medici di Medicina Generale e Specialistica Territoriale, Assistenza Domiciliare Integrata), e certo ogni cittadino italiano sa che non c'è nulla di più semplice che rivolgersi al proprio medico di famiglia ed ottenere comunque una risposta. Certo, qui si concentra forse una delle più evidenti condizioni di "barriera" nell'accesso al secondo livello di cura (specialistica, riabilitativa, domiciliare, non dimenticando i presidi e la farmaceutica), ma non per carenza di offerta, bensì per "costrizione" della domanda. Quanto all'Ospedale, il problema è rappresentato da un eccesso di utilizzazione impropria, e, ancora una volta, non per carenza di offerta. Se un "codice verde" deve attendere ore in un pronto soccorso per ottenere una visita è perché la domanda è eccessiva e altamente impropria, non perché la prestazione non viene resa. In conclusione di questa lunga premessa, quindi, il concetto da avere chiaro in mente se si parla di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è che bisogna guardare al futuro, prossimo e meno prossimo e non al presente. E qui entrano in gioco anche le risorse disponibili oggi e quelle che verosi-

milmente saranno disponibili domani e dopodomani. Per prima cosa vanno chiariti alcuni assiomi fondamentali dei sistemi di welfare.

1. Ogni Sistema Sanitario strutturato, sia esso universalistico, solidaristico, o anche "privato", se adempie alla sua funzione di migliorare la salute dei cittadini e prolungarne la speranza di vita, è destinato a costare sempre di più. La platea degli assistibili aumenta, il consumo di risorse "sanitarie" è incrementale, i costi aumentano. Solo una sanità che non funziona e non cura i suoi assistiti può risparmiare in assoluto denaro. Ogni esperto di sanità pubblica sa che il disegno di un sistema è in grado di reggere senza riforme per non più di tre decenni, e poi ha necessità di revisioni profonde. La storia del SSN ne è una conferma: dopo la L. 833 del 1978 [3] sono state necessarie le leggi di riforma nel 1992 [4] e del 1999 [5], ed ora siamo al limite di una nuova revisione.

2. Questi costi incrementali, che ovviamente non sono solo inerenti la sanità, ma anche la previdenza, gli ammortizzatori sociali, l'istruzione, non rappresentano un problema se l'economia della società è in continuo e progressivo sviluppo. Se il PIL di un Paese ogni anno aumenta, e lo Stato mantiene anche solo costante la percentuale del PIL che destina al welfare, la quantità di risorse è costantemente crescente. I problemi sorgono quando l'economia è in stagnazione o in recessione: il PIL si riduce di una quota percentuale ogni anno, e la quota percentuale del welfare non può più rimanere la

stessa. Questo è uno dei capisaldi delle teorie Keynesiane dell'economia: in periodi di sofferenza economica per crisi dei mercati, gli Stati devono mantenere ad ogni costo i sistemi di welfare, sia per la protezione sociale, sia per consentire occupazione, e riattivare così il volano economico. Le figure qui riportate (Fig. 1, 2 e 3) evidenziano graficamente quanto esposto.

3. Un terzo elemento che è necessario sempre prendere in considerazione nel momento in cui si disegna un sistema di welfare sanitario è quello dell'osservazione longitudinale dell'epidemiologia della società, che, peraltro, è fortemente influenzata e modificata dalla stessa capacità del sistema stesso di attuare buone performance. Per esemplificare questo concetto basti rilevare che l'attuale architettura del Servizio Italiano è stata disegnata negli anni 70, quando il legislatore costruì il sistema universalistico, basandosi quasi del tutto su dati epidemiologici raccolti durante il periodo mutualistico del primo dopoguerra (1950 – 1970). Quasi quarantacinque anni di sistema universalistico, di progresso tecnologico e di benessere economico hanno completamente cambiato il quadro dell'epidemiologia italiana, con un aumento vertiginoso dell'aspettativa di vita e un incremento altrettanto rilevante delle disabilità e delle patologie cronicodegenerative. La sanità pubblica italiana si è adattata, modificandosi, molto lentamente ed in modo assolutamente incompleto di fronte a questo nuovo quadro, mantenendo le stesse tipologie di strutture precedenti per curare

situazioni diverse e mancando completamente il bersaglio di organizzare sistemi di continuità assistenziale tra i diversi settori. Tutti curano le stesse cose con modalità diverse: gli ospedali curano i malati cronici come se fossero sempre acuti, le cure primarie e gli specialisti ambulatoriali si misurano solo con l'opportunità e non con l'iniziativa, e l'università continua a preparare i nuovi operatori con la stessa cultura dei decenni trascorsi. Prendendo atto di quanto qui sopra esposto, e ragionando di sostenibilità sempre traguardata al futuro, è quindi venuto il momento, anche se un po' tardivo, di mettere mano ad una profonda riforma del sistema. Una Riforma che si rispetti deve proporsi di modificare gli aspetti fondanti del sistema stesso, riassumibili in quattro aspetti:

1. l'architettura del sistema;
2. la formazione, la cultura e i ruoli degli operatori;
3. i metodi di finanziamento del sistema e le fonti di risorse cui attingere, prevedendone la flessibilità nel tempo e adeguati sistemi di salvaguardia;
4. l'eventuale necessità di investimento iniziale necessario alle modifiche, anche attingendo a quote al momento disponibili per altri scopi, perenti in un prossimo futuro. Questo punto è strettamente collegato al precedente.

L'architettura del sistema

Per quanto riguarda la cosiddetta "architettura del sistema", il driver che deve orientarne il disegno è obbligatoriamente rappresentato dai rilievi epidemiologici, che

VARIAZIONE DELLA SPESA SANITARIA, 2000 - 2008

	Spesa Totale 2000*	Spesa Totale 2008*	Variazione %	Spesa pro capite 2000	Spesa pro capite 2008	Variazione %
	145,182	216,063	49%	2,458	3,468	41%
	212,435	258,620	22%	2,586	3,149	22%
	96,040	142,167	48%	1,679	2,396	43%
	45,446	95,130	109%	1,120	2,086	86%
	112,793	163,593	45%	1,915	1,657	39%

* Milioni di Euro

Figura 1: Variazioni incrementali della spesa sanitaria di 5 Paesi della EU

ANDAMENTO 2005 - 2009

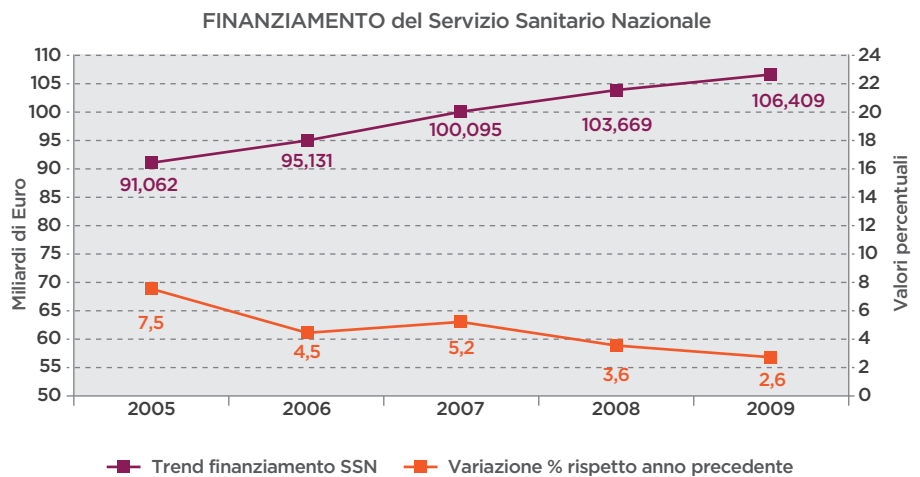
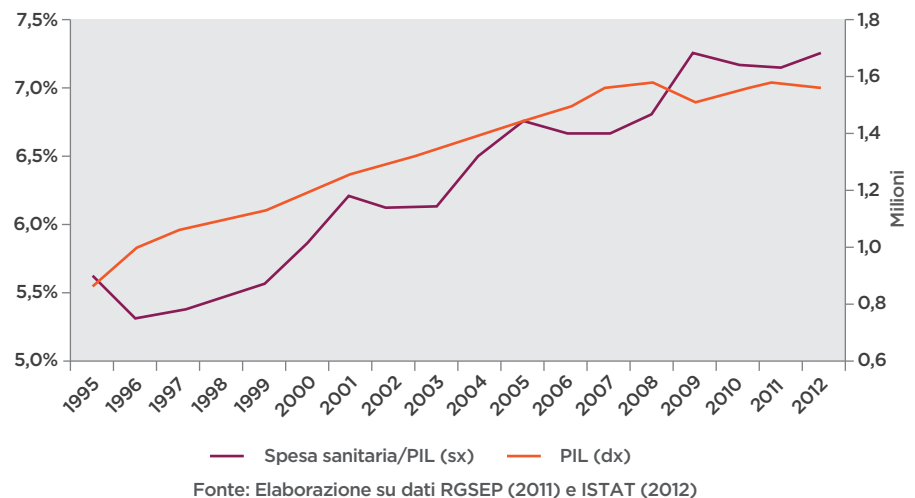


Figura 2: Andamento del finanziamento per il SSN italiano dal 2005 al 2009. L'incremento annuale del FSN è in costante riduzione.



Fonte: Elaborazione su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

Figura 3: Rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (1990-2012)

fondamentalmente ritraggono una società in cui il peso della cronicità è di gran lunga

il prevalente. L'insieme delle principali patologie croniche (ipertensione e malattia cardiovascolare, tumori, diabete, obesità, malattie reumatiche, malattie respiratorie croniche, patologia infiammatoria dell'intestino, cerebropatie involutive vascolari e/o degenerative) al di là di rappresentare la quasi totalità delle cause di morte [6], comporta un carico fisico, psicologico e sociale sull'individuo affetto lungo tutta la durata della vita, che si trasferisce pesantemente sulla società nel suo complesso. Appare quindi necessario rivedere i sistemi di tutela della salute, oggi prevalentemente orientati alla cura di situazioni emergenti, ed attualmente inadatti al sollievo delle sofferenze legate alle cronicità. L'elemento centrale dell'innovazione e modificazione del sistema è quello di passare da una cultura della malattia, a quello della persona malata, che deve diventare il centro di interesse del sistema stesso [7]. La malattia cronica, con differenze anche significative tra i vari tipi di patologia, si presenta comunque con alcuni aspetti comuni a tutte: è correlata a fattori di rischio noti, genetici o ambientali; è diagnosticabile precocemente; è soggetta a tecniche di prevenzione secondaria; è per sua natura evolutiva nel tempo, e soggetta ad andamenti fluttuanti, con alternanza di remissioni e recidive, è spesso gravata da complicanze prevedibili e in buona misura prevenibili. Infine, riconosce un ruolo estrema-

mente importante ai comportamenti e agli stili di vita delle persone affette, alla loro aderenza alle cure ed ai controlli, al loro atteggiamento psicologico verso la malattia. Tutto ciò si traduce in una forte necessità di conoscenza e responsabilizzazione della persona stessa, che smette di essere oggetto passivo di cure sconosciute e diventa soggetto attivo della propria cura. La conseguenza di tale necessità è una nuova cultura degli operatori delle cure primarie, avviati a lavorare non più in modelli solipsistici e custodi di una conoscenza tecnica non trasferibile, ma in equipe multi-professionali orientate alla comunicazione peer to peer e soggetti attivi nell'iniziativa preventiva e diagnostica anticipata. Il mondo specialistico è chiamato ad affiancare il team delle cure primarie, contribuendo in modo sostanzioso alla definizione ed all'applicazione dei percorsi clinici. Si deve creare di fatto un sistema di rete, intesa come elemento di protezione e tutela, ma anche come soggetto di comunicazione continua con la persona malata. Da tale disegno non vanno poi esclusi i sistemi ospedalieri, che, conformemente a quanto definito all'esterno, si debbono anch'essi organizzare per percorsi di cura che garantiscano, attraverso specifiche figure di collegamento (Care Manager) la necessaria continuità assistenziale dopo un evento che abbia provocato un ricovero.

La formazione degli operatori

Da quanto fin qui esposto appare evidente che l'elemento più difficile

è rappresentato dalla modificazione della cultura degli operatori sanitari a tutti i livelli. Il processo di formazione, sia a livello della preparazione universitaria, sia successivamente nelle pratiche di Formazione continua post-graduate, deve progettare un nuovo operatore, chiamato a conoscere tecniche empatiche della comunicazione oltre alle competenze tecniche sulla malattia. Questo processo, forse leggermente più agevole per la componente infermieristica, da sempre più preparata all'assistenza alla persona, è decisamente più ostico per la componente medica, sia generalistica che specialistica; tuttavia, in attesa di una nuova generazione di professionisti in uscita da una nuova preparazione accademica, è indispensabile agire sugli attuali operatori attraverso programmi di formazione intensiva al lavoro in equipe multi-professionale, in cui il difficile processo della comunicazione interpersonale assuma un ruolo di primo piano.

Risorse e finanziamenti

Infine, qual è la possibilità di reperire, in periodi di congiuntura economica sfavorevole come quello attuale, risorse aggiuntive da dedicare al settore sanitario del welfare? Nella realtà italiana di questi ultimi anni si è osservato, come peraltro poteva essere prevedibile, un incremento della spesa privata da parte dei cittadini che ha raggiunto quote assolutamente considerevoli, pari a circa un terzo della quota pubblica (fig. 4, 5) [8,9]. A fronte delle dinamiche della spesa

pubblica in sanità, si registra un salto in alto della spesa sanitaria privata che secondo dati Istat è stata pari ad oltre 30,6 miliardi di euro nel 2010 con un aumento del 25,5% nel decennio 2000-2010; quello che è interessante è che la spesa sanitaria privata non ha subito rallentamenti del ritmo di crescita annuo nemmeno nel periodo di crisi. Infatti è cresciuta del 2,2% nel 2000-2007 e del 2,3% nel 2008-2010. Altro fenomeno significativo è che, mentre la spesa pubblica rallenta e quella privata continua il suo ritmo di crescita, si registra una sorta di fuoriuscita di cittadini dal sistema sanitario, con oltre 9 milioni di persone che dichiarano di non aver potuto accedere a prestazioni sanitarie per “ragioni economiche”. In parte si tratta di denaro “out of pocket” da parte di un’utenza che si è rivolta al rapporto privatistico per superare carenze o lentezze del SSN; in parte, invece, si tratta di fondi integrativi sanitari, caratterizzati dal modello di tipo mutualistico, che garantiscono coperture a prestazioni sanitarie sostitutive o integrative di quelle pubbliche [10]. La totale deducibilità fiscale di contributi sanitari destinati a fondi integrativi da parte dei datori di lavoro ha già fatto sì che nella maggioranza dei Contratti Collettivi Nazionali delle industrie e del commercio sia presente, in misura di benefit per il lavoratore dipendente, una copertura sanitaria, talvolta ignota al dipendente stesso, a costi molto contenuti. Si tratta di cifre decisamente considerevoli, valutabili in qualche decina di miliardi di euro all’anno,

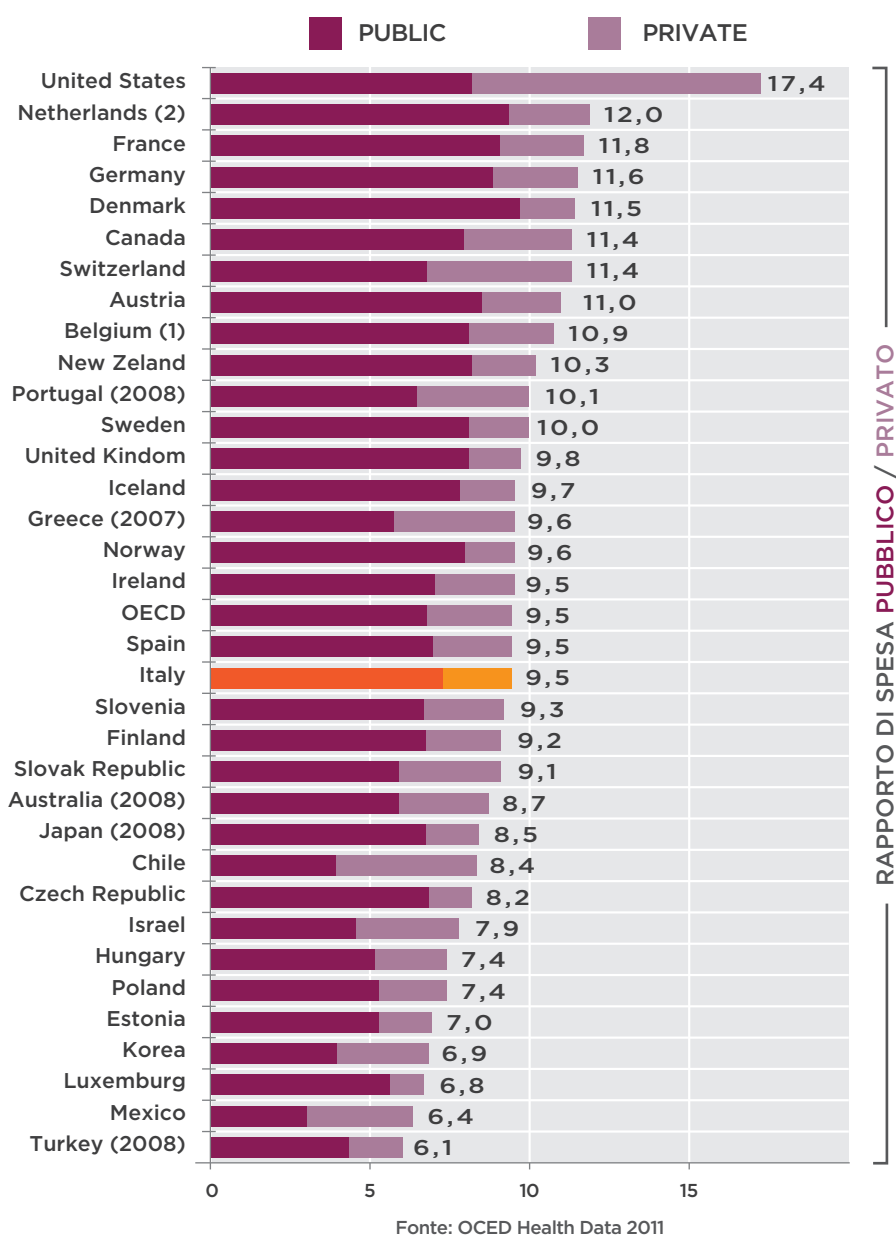


Figura 4: Quote pubbliche e private di spesa sanitaria nei principali Paesi

che potrebbero rappresentare vere e proprie “boccate di ossigeno” per le strutture del SSN, proprie o accreditate. Il passaggio da un sistema universalistico a risorse esclusivamente pubbliche (Beveridge), ad uno misto (Beveridge/Bismarck) a risorse pubbliche e solidaristiche convergenti può “salvare” il modello di welfare delle nostre società. In quale modo si può immaginare di far recuperare al sistema questa quota di risorse?

Cominciamo col dire che il nostro SSN è già un sistema misto pubblico/privato, e che quindi non bisogna alzare barriere ideologiche e steccati di fronte ad ipotesi di ulteriore integrazione. Oggi la parte preponderante della spesa sanitaria è assorbita dagli ospedali, remunerati “a prestazione”: allora proviamo ad immaginare che gli ospedali/aziende pubbliche attualmente governati in modo monocratico da Direttori Generali di estrazione politi-

ca con fondi esclusivamente pubblici, diventino invece delle vere e proprie aziende dirette da un Consiglio di Amministrazione di azionisti, rappresentati, oltre che dall'Istituzione Pubblica, anche dagli Enti di Mutualità, e da Fondazioni private, ed affidate ad un Amministratore delegato che al Consiglio risponde non più in senso politico. Quali vantaggi? Oltre all'ovvio beneficio dell'ingresso di nuovo denaro, è prevedibile una maggiore attenzione all'appropriatezza delle prestazioni, dei migliori livelli di qualità e, soprattutto, il potenziale spostamento di parte delle risorse pubbliche verso la necessità di riforma dell'assistenza extra-ospedaliera, vero cuore di una riforma ormai ineludibile.

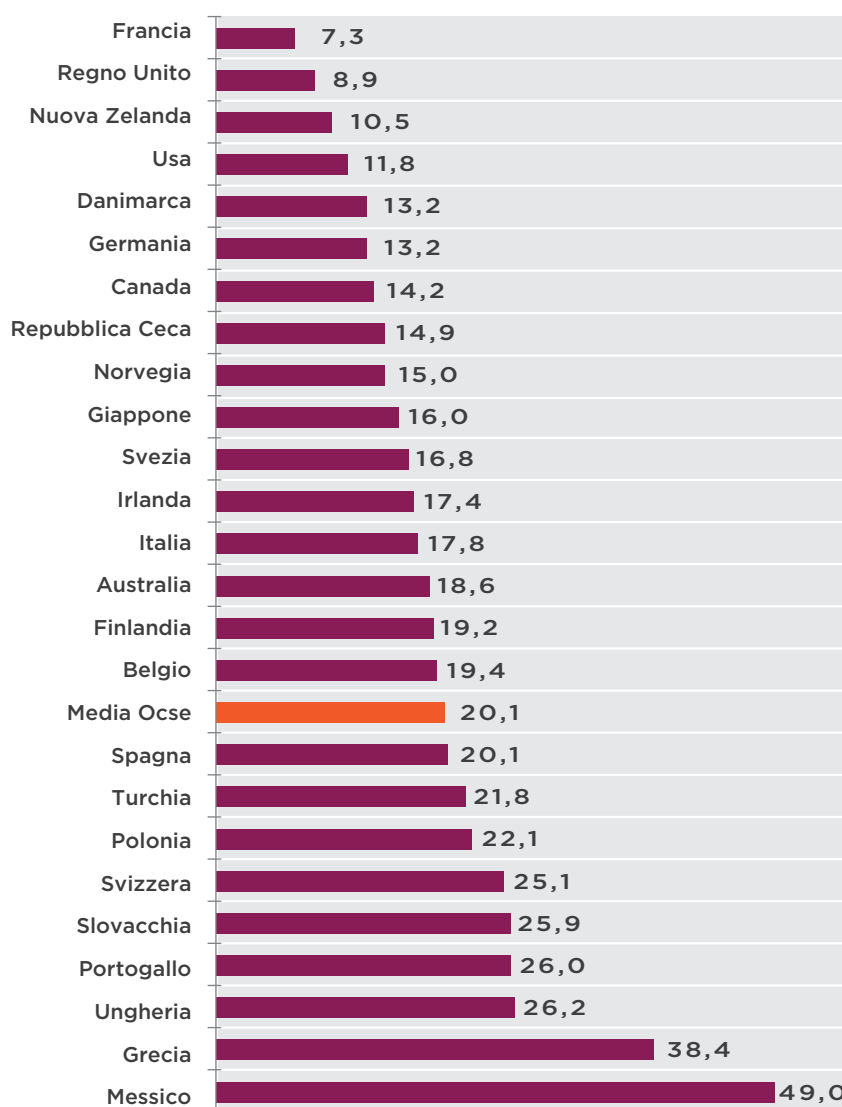
Conclusioni

In conclusione di questo articolo, quindi, appare fondamentale ribadire che il concetto di "sostenibilità di sistema" va declinato non tanto al presente quanto al futuro, nell'ottica di costruzione di una nuova "architettura di sistema" che garantisca ai nuovi cittadini la fruizione di servizi di tutela della salute orientati alla centralità della persona, basati sull'informazione diffusa e sulla corresponsabilità di quest'ultima al percorso di cura, nell'ambito di una rete protettiva di professionisti adeguatamente formati ed integrati tra loro.

L'assistenza del livello ospedaliero deve assolutamente recuperare risorse collaterali al SSN, che già esistono ed operano in settori di corollario, spesso in un regime di concorrenza sfavore-

vole al sistema stesso, traguardando in tal modo una maggiore appropriatezza ed efficienza, che si deve tradurre in maggiore efficacia di cura.

LA SPESA SANITARIA "OUT OF POCKET" DELLE FAMIGLIE SUL TOTALE DELLA SPESA SANITARIA NEI PRINCIPALI PAESI OCSE (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

Figura 5: Spesa "out of pocket" per la sanità nei principali Paesi OCSE

BIBLIOGRAFIA

- [1] Report of the World Commission on Environment and Development - Our Common Future. United Nations 1987 – Brundtland Report. Available at “conspect.nl/pdf/Our_Common_Future-Brundtland_Report_1987.pdf”
- [2] Decreto del presidente del consiglio dei ministri 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza - (G.U. Serie Generale , n. 33 del 08 febbraio 2002)
- [3] Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del S.S.N. (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 28 dicembre, n. 360). - Istituzione del servizio sanitario nazionale
- [4] Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (G.U. Serie Generale , n. 305 del 30 dicembre 1992)
- [5] Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132
- [6] ISS - Il portale dell’epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – available at: <http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/DocEuropa.asp>
- [7] Institute on Medicine. “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”. Retrieved 26 November 2012.
- [8] OECD Health Statistic 2014 – available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- [9] Rapporto CENSIS 2012 – Cap 3 – Welfare – available at: www.grusol.it/informazioni/09-12-12.PDF
- [10] IL RUOLO DELLE MUTUE SANITARIE INTEGRATIVE - Le società di mutuo soccorso nella costruzione del nuovo welfare di comunità. (M. Lippi Bruni, S. Rago e C. Ugolini), Il Mulino, Bologna 2012
- [11] Rapporto OASI 2013 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano. CERGAS – Bocconi.

Italian Health Policy Brief

Anno IV
Speciale 2014

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore

ALTIS

Altis S.r.l.
Via della Colonna Antonina, 52
00186 Roma
Tel. +39 06 95585200
Fax +39 06 95585299

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Pier Luigi Canonico
Achille Caputi
Claudio Cricelli
Carlo Favaretti
Renato Lauro
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Patrizio Piacentini
Annarosa Racca
Walter Ricciardi
Francesco Rossi
Mario Sorrentino
Federico Spandonaro
Ketty Vaccaro
Stefano Vella

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.
