

# Serve un nuovo approccio al settore sanitario

*La Sanità come leva di crescita economica e sociale, il settore farmaceutico come volano di innovazione e di sviluppo per il sistema Paese, il federalismo e i costi standard, la possibilità di personalizzare la cura riconfigurando un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Health Pathway Design). Sono questi in sintesi i temi affrontati dalla VI edizione di Meridiano Sanità, svoltasi di recente a Cernobbio*

Considerare il comparto sanitario non solo come spesa ma come risorsa è l'appello che da anni gli operatori del settore lanciano alla politica fornendo dati, analisi e possibili soluzioni. Una risorsa che potrebbe rappresentare una leva di crescita economica e di sviluppo in un momento economico nazionale e internazionale di crisi. È questo in sintesi quanto hanno sottolineato gli operatori del settore nel meeting organizzato a Cernobbio da *The European House Ambrosetti* in cui sono stati presentati i dati del VI Rapporto Meridiano Sanità. Il Rapporto 2011 si apre ponendo l'attenzione sui costi del Ssn sulla spesa pubblica e privata sottolineando che la sanità rappresenta circa il 25% della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale erogate in Italia dalle Amministrazioni Pubbliche, dopo la voce previdenza che è la componente più rilevante con il 66.4%, seguita dall'assistenza con l'8%.

Negli ultimi 10 anni, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta complessivamente di 61,8 miliardi di euro, passando dai 51,7 miliardi di euro agli attuali 113,5 miliardi di euro (se consideriamo la componente privata si arriva a 144 miliardi di euro), aumentando più velocemente della crescita economica, peraltro estremamente contenuta nel nostro Paese.

La spesa per l'assistenza ospedaliera (52.2%) assorbe il 3.8% del Pil, seguita dagli altri servizi sanitari (27.9% con l'1.5% del Pil) e dall'assistenza farmaceutica (9.8%, che assorbe lo 0.7% del Pil), il 35.9% della

quale va ricondotta alla popolazione con più di 65 anni (figura 1).

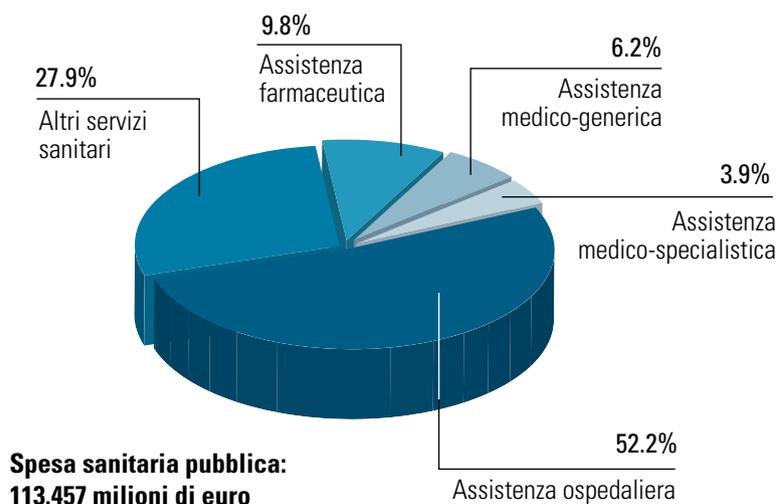
Il confronto tra le principali economie evidenzia che l'Italia si colloca leggermente al di sotto della spesa media dei Paesi OCSE, pari al 9.6%. La Sanità nei prossimi anni si troverà a fronteggiare uno scenario assai complesso, il progressivo invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento delle patologie croniche ad elevato impatto sulla spesa sanitaria pubblica metteranno in serie crisi la sostenibilità dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali. Ed è per questo motivo che nel nostro Paese si rende necessario un nuovo approccio a questo comparto che rappresenti una discontinuità con gli eccessivi vincoli e tagli finora adoperati in modo da poter rispondere a criteri di

efficienza ed efficacia coniugandoli con innovazione, ricerca e sviluppo.

Ne è convinto **Massimo Scaccabarozzi**, Presidente di Farmindustria che ha sottolineato la necessità di eliminare inefficienze e intervenire sulla spesa sanitaria nel suo complesso e non solo sulla farmaceutica, che rappresenta il 16% del totale. Lo sviluppo del settore biofarmaceutico italiano risulterebbe penalizzato da alcuni fattori: non ottimale tutela della proprietà intellettuale, incertezza del contesto normativo (prezzo e rimborsabilità), insufficiente sostegno alla ricerca, frammentazione e disomogeneità delle iniziative a favore del settore dovute alla mancanza di scelte strategiche chiare, integrate e di lungo periodo.

Figura 1

## La ripartizione della spesa sanitaria pubblica (2010)



Fonte: rielaborazione dati Istat "Conti della Protezione Sociale 2010"

## Il federalismo e la sanità regionalizzata

Il Rapporto Meridiano Sanità evidenzia anche alcune criticità relative al federalismo fiscale che hanno inciso sia sul piano dei finanziamenti sia su quello dell'organizzazione sanitaria nelle diverse Regioni, soffermandosi sull'analisi dei nuovi strumenti di controllo (costi standard, piani di rientro, ecc.) che avrebbero il limite di non far emergere le diversità, le aree di debolezza e di inefficienza di alcune realtà, che richiedono, al contrario, vere e proprie riforme strutturali.

Per **Federico Spandonaro**, Prof di Economia Sanitaria all'Università Tor Vergata di Roma l'attuazione del federalismo, necessita di alcuni ripensamenti. In primo luogo è opportuno restituire il dibattito sul finanziamento alla sua giusta complessità, evitando che gli impatti equitativi rimangano soffocati dall'attenzione giusta, ma non esclusiva, all'efficienza. Andrebbe poi **ripensato il metodo di misura dell'efficienza**, riconoscendo che, se si adotta un processo *top-down*, non si può valutare l'efficienza del sistema pubblico senza contemporaneamente considerare le diverse capacità di spesa privata (per esempio per i ticket) delle popolazioni regionali.

## La personalizzazione della cura: l'Health Pathway Design

Il Rapporto rivolge anche particolare attenzione all'*Health Technology Assessment* (HTA) quale approccio affermato nell'ambito dei sistemi sanitari dei Paesi avanzati atti a fornire una risposta al dilemma della limitatezza delle risorse, aggravata da fenomeni sociali e demografici, così come le nuove opportunità di cura derivanti dallo sviluppo tecnico e tecnologico. HTA rappresenta quindi una vera e propria filosofia di governo per un sistema sanitario che intenda legare le decisioni alle evidenze scientifiche disponibili, o comunque a meccanismi trasparenti in cui tutte le parti interessate possano partecipare, apportando la propria prospettiva. Anche i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (Pdta) rientrano in questa categoria, in quan-

to interventi volti ad agire sulla salute delle persone. Tuttavia, raramente, i Pdta effettivamente operanti nella pratica sono direttamente oggetto di valutazione. Si pone in tale ambito la necessità di costruire dei percorsi diagnostico terapeutici non solo orientati ai costi/benefici ma capaci di generare valore per il paziente e contemporaneamente per tutte le parti "interessate" del sistema sanitario, ciò ha una valenza ancora più rilevante nell'ambito della gestione delle patologie croniche in cui l'approccio integrato alla patologia è parte rilevante. Ed è proprio in tale contesto che si rende opportuna l'applicazione dell'*Health Pathway Design* (HPD). L'HPD è la metodologia attraverso la quale, a partire da un percorso diagnostico-terapeutico, si perviene alla visione integrata del paziente e delle sue necessità di salute, organizzando l'erogazione dei servizi e delle prestazioni in modo da massimizzare il valore per il paziente stesso, ossia fra outcome e costi riferibili al percorso e non al singolo episodio di cura, adottando un approccio multidimensionale per l'analisi del valore come accade nelle valutazioni di HTA, partendo dal presupposto che il finanziamento della sanità si basa sul costo del trattamento nel suo complesso. Applicare l'approccio dell'HPD, in sostanza, vuol dire disegnare un Pdta in modo coerente con le logiche di HTA, focalizzando l'attenzione su cinque aspetti:

1. Un concetto ampio di *outcome* che consideri sia gli *endpoint* "fisici" sia gli effetti che l'intervento terapeutico ha sulla qualità della vita del paziente e sull'utilità generale che ne trae (adottando il *QALY* come indicatore di riferimento). Estendendo ancora il ragionamento, in considerazione delle forti implicazioni che una patologia cronica ha anche sui caregiver e sulla società intera, sarebbe auspicabile adottare una prospettiva ancora più ampia di tipo sociale;
2. Un'organizzazione integrata e una responsabilità sui processi per comprendere fino in fondo che il conseguimento di tali *endpoint* dipende dal complessivo processo di assistenza e non dal contributo che le singole strutture o professionalità coinvolte

danno al processo stesso. L'implicazione, in questo caso, è per il sistema organizzativo la cui responsabilità non può essere riferita alla "struttura" ma al "processo", aspetto, questo, che tende a rivalutare il ruolo stesso del "professionista" all'interno del sistema sanitario e non solo all'interno della struttura ospedaliera.

3. L'HPD implica, quindi, l'uso dei modelli "per competenza" nell'identificazione dei profili professionali che sono chiamati a collaborare in un Pdta.

4. Queste conseguenze organizzative generano, a loro volta, un risvolto di carattere finanziario: il finanziamento, infatti, non può essere riconosciuto alle "strutture" ma ai "processi", dando finalmente attuazione a quella previsione normativa già effettuata nel D.lgs. n 229/99, che all'art. 8 *sexies* prevedeva il finanziamento delle "funzioni" in riferimento proprio alle patologie croniche e recidivanti.

5. Per avere una cognizione esatta delle risorse assorbite dalle diverse alternative di processo eventualmente disponibili tra le quali si dovrebbe scegliere quella a "maggior valore aggiunto", i costi dovranno essere rilevati prendendo come riferimento le attività svolte sul paziente e non i costi delle strutture a cui le persone o le tecnologie utilizzate fanno riferimento. È opportuno quindi superare la stessa logica della contabilità analitica dei centri di costo e adottare una visione avanzata e più ampia dell'*activity based costing*. Costo del percorso, dunque, e non della prestazione, per avere una cognizione esatta delle risorse assorbite dalle diverse alternative di processo eventualmente disponibili.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale [www.mdwebtv.it](http://www.mdwebtv.it), visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

