

IL MERCATO DELLA SALUTE

TAVOLA ROTONDA DAL XIX CORSO DI AGGIORNAMENTO PER I PEDIATRI
DELLE REGIONI MERIDIONALI, COPANELLO, MAGGIO 1997

Moderatore (F. Panizon): *Le domande a cui si è chiesto di rispondere in questa Tavola Rotonda sono:*

1. *quali siano l'efficacia e l'economicità di un sistema basato sul pagamento a prestazione di un sistema sanitario, rispetto, per esempio, a un sistema basato sulle quote capitarie;*
2. *quale sia e quale possa essere oggi il ruolo dell'utente nel nuovo sistema sanitario;*
3. *quale sia e quale possa essere il ruolo del medico di famiglia rispetto alla qualità e al contenimento dei costi in sanità;*
4. *quali siano i modelli migliori rispetto al rapporto tra ospedale e territorio tenendo conto della tendenza attuale allo scorporo;*
5. *quale sia infine il giusto equilibrio tra diritto alla "migrazione" del paziente e interesse dell'azienda a offrire una soluzione dei suoi problemi nell'ambito dell'azienda di appartenenza.*

I nostri relatori sono: un esperto di bioetica (Spinsanti) e due manager, uno proveniente dalla Lombardia (Donzelli) e uno dal Friuli Venezia-Giulia (Tosolini). Da loro ci attendiamo non solo pareri diversi, ma anche diverse linee di analisi dei problemi posti sul tappeto.



Etica medica ed etica del mercato: un contrasto insanabile?

SANDRO SPINSANTI

Docente di Bioetica, Direttore dell'Area di Giano, Roma

La medicina è una realtà che conosciamo bene, e tuttavia spesso ricorriamo a metafore per capire o spiegare che cosa facciamo quando facciamo medicina. Una delle metafore più consolidate è quella per cui la medicina è una guerra, combattuta contro le malattie e contro gli agenti patogeni, più recentemente contro i geni.

Il medico prigioniero della metafora della guerra

Si tratta di una metafora molto potente. Infatti, quando si è in guerra, tutti i comportamenti hanno una loro validità e, soprattutto, non si bada a spese. La medicina si è per molto tempo modellata su questa metafora e lo fa ancora. L'ultima versione di questa metafora mi pare proprio sia la "guerra" contro i DRG.

Il mercato è un'altra potente, e più recente, metafora, che propone una quantità di associazioni, analogie e anche innovazioni linguistiche. Fino a qualche anno fa non si parlava di budget, di strategie, di concorrenze, di marketing, di direzione generale; ora questi concetti modellano il nostro immaginario e i nostri comportamenti. Alcuni vedono in questa dimensione della medicina una minaccia, altri un'opportunità.

Due mi sembrano gli elementi fondamentali da considerare come quadro di riferimento per una riflessione sui temi proposti.

Innanzitutto la metafora del mercato

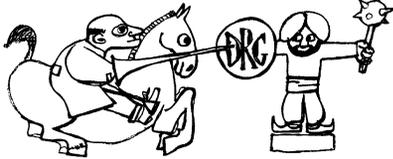
ci obbliga a confrontarci con il problema del denaro. Se la metafora della guerra ha fatto sì che ci sentissimo legittimati a non considerare quanto si spendeva, proprio come in un'economia di guerra, oggi siamo costretti a fare i conti con i vincoli di bilancio e a definire quale servizio riusciamo a offrire con risorse che sono necessariamente limitate. Si tratta di un'innovazione profondamente intrudente nell'etica medica, proprio perché l'etica medica si è sempre sentita dispensata dalla necessità di tener conto dei costi. Il medico ha sempre pensato che per il suo paziente andasse fatto il meglio, indipendentemente dal suo costo.

La "giusta" soddisfazione del paziente come parametro di riferimento

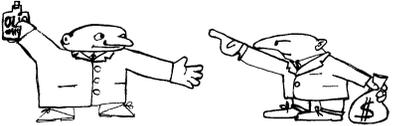
Una seconda dimensione importante, prodotta dalla metafora del mercato, è il ruolo di colui che riceve il servizio, e cioè il "cliente". Anche questa è una grande innovazione, perché tradizionalmente in medicina colui che riceveva il servizio si poneva nella posizione del "paziente", e cioè nella posizione di qualcuno che riceveva un beneficio, i cui contenuti e tempi venivano decisi unilateralmente da colui che erogava il servizio. Ora non c'è più questa asimmetria tra chi eroga paternalisticamente il servizio e chi lo riceve, perché chi lo riceve, il "cliente", ha una possibilità di scelta, di giudizio, di valutazione, e può dichiararsi soddisfatto o insoddisfatto.

Una possibile terza via

Di fronte a questi mutamenti profondi ci sono tre atteggiamenti possibili: quello della "resistenza", derivato dalla metafora della guerra, che vede quindi i



DRG o i "clienti" come nemici; quello che adotta acriticamente la nozione di mercato proposta, e quindi necessariamente rinuncia agli imperativi etici tra-



dizionali del medico; quello, infine, che tenta di combinare l'etica e la pratica della medicina - fondate sul giudizio che nasce dalla competenza e sulla volontà di fare il bene del paziente - con i nuovi rapporti e i nuovi orizzonti di un sistema che va verso il mercato.



Un utile schema, che si colloca in quest'ultima visione, è quello che considera quattro esiti possibili di un servizio prestato per il paziente-cliente: la giusta soddisfazione, la giusta insoddisfazione, la ingiusta soddisfazione e la ingiusta insoddisfazione. Tali concetti sono chiari in sé, in quanto è evidente che, se per soddisfare un paziente gli facciamo saltare una lista di attesa, si tratta di ingiusta soddisfazione dal punto di vista generale dell'uso delle risorse e delle esigenze degli altri pazienti.

Si tratta, a mio avviso, di un'utile griglia di analisi per quanto siamo in grado di fare nei servizi che offriamo, tenendo conto che se il nostro obiettivo ultimo è, ovviamente, quello della giusta soddisfazione, dobbiamo considerare quanto meno che, se insoddisfazione ci deve essere, e vi sarà necessariamente proprio perché le risorse sono limitate, è importante che essa sia giusta, vale a dire giustificata.

La malattia del mercato*

ALBERTO DONZELLI

Dirigente Sanitario Azienda USL, Milano

* vedi sullo stesso tema a pag. 18

Cercherò di documentare il mio punto di vista sui quesiti proposti con dati tratti dal data base più autorevole di cui disponiamo, che è quello dell'OCSE, che include tutti i paesi industrializzati.

La valutazione complessiva di un servizio sanitario si deve basare su indicatori di efficacia e di costi e considerarli insieme. Il più forte fra gli indicatori di efficacia utilizzati dall'OCSE è quello della mortalità evitabile, ovverossia gli anni di vita persi prima dei 70 anni ogni 100.000 abitanti per malattie prevenibili o curabili con interventi sanitari. Un indicatore forte di costo è invece costituito dalla spesa sanitaria totale pro capite di un paese, standardizzata in termini di potere di acquisto delle rispettive monete. Si tratta dell'indicatore più sofisticato per rendere confrontabili le spese sanitarie dei diversi paesi.

I dati mostrano che i sistemi sanitari mutualizzati e il pagamento a prestazione funzionano meno

Ora, è evidente dai dati di cui disponiamo (Figura 1) che i servizi sanitari basati su sistemi sanitari pubblici e universalistici - come il nostro e come quello di buona parte dei paesi europei - costano molto meno, sia come spesa sanitaria totale che come spesa sanitaria pubblica, dei sistemi sanitari basati su un insieme di mutue o di sistemi assicurativi con importante ricorso al settore privato, come accade ad esempio in Svizzera o, soprattutto, negli Stati Uniti. Vi sono diversi fattori che determinano il maggior costo della salute nei paesi con sistema sanitario di tipo mutualistico o privatistico. Forse quello più importante è proprio il sistema di pagamento a prestazione. Lo stesso discorso vale per le modalità di pagamento del medico di base, laddove si vede che la differenza di costo, rispetto al pagamento a prestazione, è a favore del pagamento a stipendio o a quota capitaria, dunque a forfait, e che questi due tipi di pagamento comportano dovunque dei consistenti risparmi (Figura 2). È signi-

ficativo che anche i servizi sanitari di tipo sostanzialmente pubblico come quelli australiano e canadese, dove però prevale il pagamento a prestazione, si collocano nelle fasce di maggior costo all'interno di servizi sanitari analoghi. In termini di efficacia, i paesi con sistema sanitario pubblico vanno altrettanto bene e semmai meglio rispetto agli altri. Che cos'è che costa di più ma non produce maggiori effetti nei servizi con pagamento a prestazione? Sono l'aumento dei costi amministrativi e di transazione e le prestazioni non necessarie, il cui numero è gonfiato proprio dal sistema di pagamento. Analoghi esempi si possono trovare per l'uso delle radiografie, che è doppio nei paesi che pagano a prestazione rispetto agli altri, o per gli esami di laboratorio.

La influenza delle tariffe è evidente anche in casi diametralmente opposti: qualora le tariffe per una determinata prestazione retribuiscono in maniera insufficiente i costi reali, il numero degli interventi diminuisce, così come è successo per interventi di ernia inguinale negli Stati Uniti, che erano tre volte più numerosi che in GB e sono progressivamente calati fino a risultare meno di metà di quelli effettuati in Inghilterra.

Da tutto ciò si ricava che il sistema a prestazione è un potente incentivo a modellare il comportamento in relazione alla convenienza di chi eroga la prestazione, prescindendo da quello che sarebbe appropriato dal punto di vista dell'evidenza scientifica e dell'interesse del paziente.

Un ulteriore esempio del fatto che un sistema pagato a prestazione tende progressivamente ad adottare comportamenti uguali a quelli del privato "for profit" è costituito dalla modificazione progressiva dei protocolli in senso interventista nei paesi ove vi è un sistema di pagamento a prestazione. Non solo cioè si fanno più interventi di prostatectomia, di isterectomia (anche a parità di popolazione eligibile) nei paesi con pagamento a prestazione, ma si tende a giustificare questo fenomeno con l'adozione di linee guida progressivamente più interventiste, così come succede in particolare negli Stati Uniti.

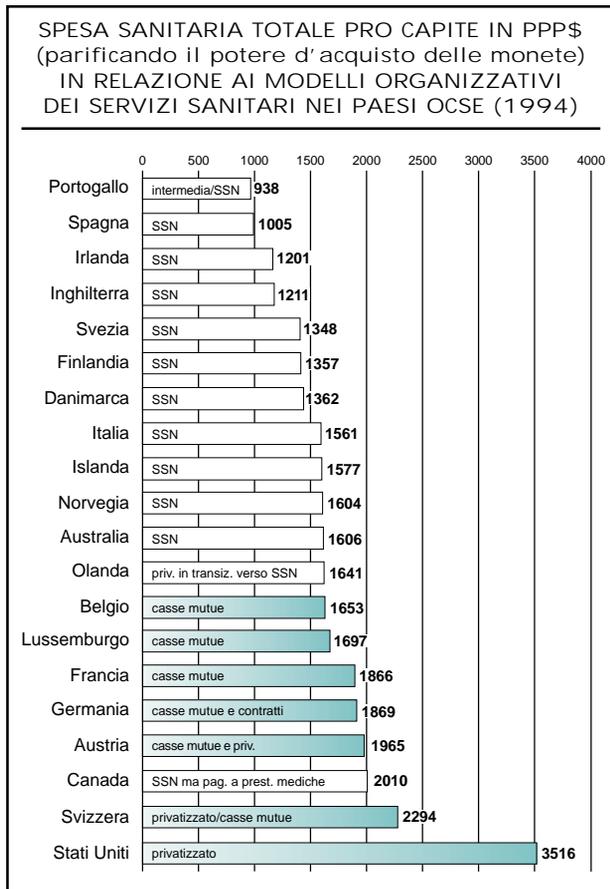


Figura 1

Va inoltre considerato che vi è un ulteriore frutto velenoso prodotto dal pagamento a prestazione, ed è la tendenza, da parte dei cittadini-utenti, a perdere la fiducia nei confronti dei propri medici.

Il medico trasformato in un agente dell'azienda

Il medico tende a trasformarsi da agente in nome del malato in agente per conto degli interessi dell'azienda da cui dipende. Il paziente avverte questo. Il venir meno del tradizionale rapporto fiduciario è in parte causa dell'aumento, che inizia a registrarsi anche in Italia, delle cause intentate dai pazienti contro medici e ospedali. Tutto questo mi pare risponda in modo non equivoco ad alcuni degli interrogativi posti a questa Tavola Rotonda.

Un altro quesito che veniva posto riguardava l'utilità del medico di base come filtro. La risposta che viene dall'analisi dei sistemi sanitari in diversi paesi è

certamente positiva in quanto, anche indipendentemente da altre caratteristiche del sistema sanitario complessivo, la presenza di una rete di medici di famiglia che agiscono come *gate-keeper* rende il sistema maggiormente efficiente (Figura 2).

Lo scorporo non consente di assicurare percorsi assistenziali unitari

Venendo infine al problema del rapporto fra territorio e ospedale e quindi al problema dello scorporo delle aziende ospedaliere da quelle territoriali, mi pare che il primo ovvio effetto dello scorporo sia la perdita di attenzione unitaria nei confronti del percorso assistenziale degli assistiti, con sprechi, sovrapposizioni e inutili concorrenze.

Vi è inoltre il costo immediato e pesante costituito dalle procedure amministrative e burocratiche necessarie per la separazione del personale e dei patrimoni delle aziende. Questa dello scorporo è

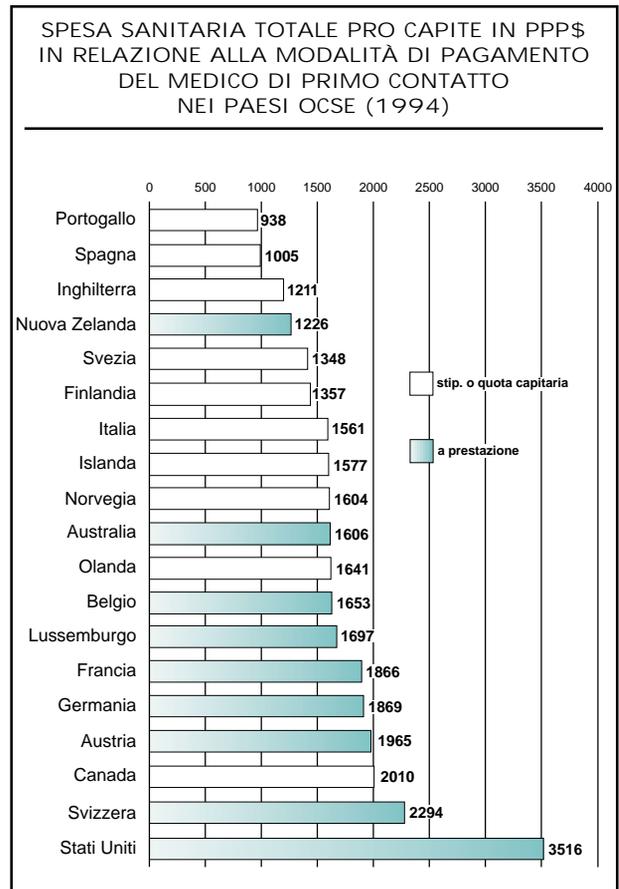


Figura 2

una tendenza totalmente anacronistica nel momento in cui gli inglesi già da due anni e mezzo hanno smesso di insistere sulla separazione/concorrenza tra acquirenti di servizi (e cioè le autorità sanitarie locali, o i medici di famiglia che gestiscono i fondi per i loro assistiti) ed erogatori di servizi (ospedali e altri servizi specialistici), e hanno al contrario accentuato l'esigenza della cooperazione tra i due sistemi, che verosimilmente verrà ora ulteriormente accentuata dal nuovo governo laburista. Pur avendo realizzato in passato lo scorporo, adesso riformulano i contratti in maniera da rendere convenienti programmi per i quali a lungo termine vi sia una convenienza per entrambi, acquirenti ed erogatori, secondo quello che viene chiamato rapporto di integrazione. Sarebbe quindi stato meglio che, se invece di realizzare lo scorporo, si fosse mantenuta l'integrazione, cercando di lavorare per superare gli indubbi difetti del precedente sistema centralistico e non aziendalizzato.

Partire dagli obiettivi di salute

GINO TOSOLINI

Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti", Trieste

Più che manifestare un disaccordo rispetto alle cose che sono state dette, che a mio avviso sono vere solo in parte - ad esempio l'adozione dei DRG nel Friuli Venezia-Giulia ha consentito una riduzione dei ricoveri totali e in particolare dei ricoveri ripetuti e di quelli inappropriati - vorrei proporre un approccio diverso ai quesiti posti.

Sono convinto che lo strumento DRG possa produrre risultati positivi o, al contrario, perversi in relazione alla capacità politica e tecnica di indirizzo e di controllo. Quando si mette in piedi uno strumento di finanziamento, dobbiamo essere capaci di stabilire e far funzionare anche gli strumenti per controllarne il funzionamento. La mia esperienza è positiva in questo senso. È evidente che se si istituisce un sistema a tariffa e poi si lascia che i medici e le aziende vadano per loro conto, magari addirittura colpevolizzando quelli che non fanno "fatturato", sicuramente otterremo soltanto effetti negativi. Occorre dunque istituire strumenti atti a definire se l'utilizzo che è stato fatto, ad esempio dello strumento DRG, è stato appropriato o meno. Nell'esperienza che ho già citato, e che ho personalmente vissuto, nella Regione Friuli Venezia-Giulia, un utilizzo dei DRG, accompagnato da appropriati strumenti di monitoraggio e controllo, ha fatto sì che si potessero diminuire i ricoveri inappropriati. Lo stesso può valere per il discorso dello scorporo, che in sé può essere positivo o negativo a seconda dei contesti e degli indirizzi. L'esistenza a Trieste da 40 anni di uno "scorporo di fatto" di gran parte dell'assistenza materno-infantile, in quanto gestita dall'Istituto "Burlo Garofolo", è un esempio sicuramente po-

sitivo, in quanto è stata fornita un'ottima assistenza.

Ciò che conta è definire gli obiettivi e controllare i risultati

Il problema infatti non è tanto quello di sapere se il direttore dell'Azienda ospedaliera è lo stesso di quella territoriale: è più importante avere dei buoni primari e fare in modo che i servizi funzionino. Il problema di fondo è quali sono i risultati, e se questi corrispondono ai bisogni effettivi. In relazione alle strategie e agli strumenti per raggiungere questi risultati, può anche darsi che le soluzioni più appropriate possano essere diverse da situazione a situazione. Ciò che è sicuramente importante è che i direttori generali del territorio e degli ospedali pensino a progetti comuni e non procedano in direzioni impropriamente concorrenziali.

Il paziente come alleato del medico per migliorare la qualità delle cure

Per quanto riguarda il ruolo della soddisfazione del paziente condivido l'impostazione di Spinsanti: dobbiamo cercare di coniugare la soddisfazione del paziente con la giustizia e l'appropriatezza.

Personalmente ritengo che la sistemica soddisfazione dei pazienti sia un importante strumento al servizio prima di tutto dei gruppi di medici di un servizio, in grado di mettere a disposizione molte informazioni utili a migliorare il servizio. In realtà, nella mia esperienza di medico dell'emergenza ho trovato

spesso difficoltà a far cogliere ai colleghi il significato di questa opportunità, in quanto l'eventuale giudizio negativo da parte del paziente viene direttamente vissuto come un'attribuzione di colpa, piuttosto che un'occasione per chiedersi cosa c'è che non va e come può essere migliorato il servizio. Quando si è stati in grado di superare queste resistenze, si è scoperto innanzitutto che i giudizi dei pazienti non erano così critici come temuto, e che si trattava di uno strumento utile. Se è vero che su questo tema della soddisfazione si fa anche demagogia, non c'è dubbio che medici e operatori sanitari debbano affiancare al concetto strettamente tecnico di efficacia quello più complessivo di effetto sul paziente, effetto che comprende evidentemente anche delle valutazioni sulla sofferenza, sul disagio, o viceversa sul benessere ottenuto dai singoli pazienti. Su questo tema c'è in questo momento un'evoluzione, nel senso di considerare come misure di efficacia di un sistema sanitario la qualità di vita dei pazienti o, se si vuole, la qualità di cure percepite. Nello stesso tempo occorre prestare attenzione a non fare della soddisfazione del paziente un dato assoluto: ad esempio è ovvio che due specialisti della stessa branca possono avere liste di attesa molto diverse in rapporto all'entità della domanda, attesa che sarà maggiore per il professionista ritenuto migliore. Non può essere dunque che in questo caso si consideri tout court la lunghezza della lista di attesa come un indice negativo.

Un'ultima considerazione a proposito del rapporto tra costi e qualità delle cure. È evidente che compito del singolo operatore, così come del gruppo professionale e di un'intera azienda, debba essere quello di offrire prestazioni di qualità riducendo i costi. Il risparmio ottenuto può essere a sua volta reinvestito in qualità per lo stesso gruppo di prestazioni o, viceversa, su un piano più ampio, investito in nuove prestazioni che siano dimostratamente necessarie ed efficaci.



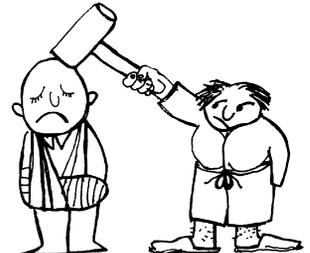
INGIUSTA SODDISFAZIONE



GIUSTA SODDISFAZIONE



GIUSTA (= GIUSTIFICABILE) INSODDISFAZIONE



INGIUSTA (= INGIUSTIFICABILE) INSODDISFAZIONE

DISCUSSIONE

Moderatore: Tosolini ha detto che l'introduzione dei DRG ha consentito l'abbattimento dei ricoveri inappropriati nel Friuli Venezia-Giulia, ma non ha detto che l'Agenzia Regionale aveva posto dei tetti ai ricoveri per ogni Azienda oltre ai quali non avrebbe pagato i DRG. Questo per sottolineare come, cosa che d'altra parte Tosolini ha rimarcato, qualsiasi strumento va inserito in un sistema che preveda anche il controllo. La buona fede e l'impegno vanno incentivati, ma non ci si può basare solo su di essi.

Veniamo da lontano

Pubblico: Stiamo discutendo temi già affrontati in passato, anche se con una terminologia diversa. Questi nostri incontri di Copanello hanno da tempo introdotto una specifica attenzione ai costi e all'utilizzo delle risorse. Ad esempio abbiamo lanciato i protocolli di diagnosi e cura come strumento per ridurre costi e ricoveri. Abbiamo inoltre aperto alle madri i reparti di pediatria, preoccupandoci del punto di vista del paziente. Tutti sappiamo quante discussioni, in particolare con le infermiere, questo sia costato. Molti dei temi discussi oggi sono stati affrontati, e anche con successo, dalla pediatria. Il nostro compito di oggi è quello di rimarcare le incongruenze e i limiti del sistema attuale, ad esempio alcuni dei DRG pediatrici che sono totalmente inadeguati, e di restare fedeli alla nostra impostazione storica che privilegia l'interesse dei pazienti.

Pubblico: Ero uno studente quando è uscito "Bambini in ospedale" nella collana curata da Maccacaro. L'esperienza dei pediatri in questi anni è stata particolarmente avanzata ma purtroppo non ha varcato i confini della pediatria. Anch'io sono convinto che non dobbiamo lasciarci influenzare dai DRG e avere come punto di riferimento la medicina basata sull'evidenza: i DRG passeranno, ma questa resterà come l'unica impostazione valida.

Donzelli: Sono d'accordo con Tosolini che occorre innanzitutto avere molto chiaro quale sia il risultato a cui si vuole puntare. Gli strumenti organizzativi e gestionali devono essere finalizzati a questo. Insisto a ritenere che il sistema attuale alberghi in sé una sorta di virus lento, i cui effetti può darsi che non siano ancora del tutto evidenti, ma che alla lunga porterà alla malattia già descritta in altri paesi. Si tratta di un virus schizofrenogeno, nel senso che mette il medico nella condizione di dover essere leale verso due parti, l'azienda e il paziente, con interessi spesso contrastanti.

Pubblico: Sono particolarmente d'accordo con Tosolini quando afferma che il punto di partenza debbano essere i bisogni e i risultati che si intendono ottenere. Compito dei pediatri è di mettere in evidenza ciò che è utile fare e di evidenziare le priorità.

Pubblico: È stato detto che i discorsi di oggi non sono affatto nuovi e che il medico ha sempre tenuto conto degli interessi economici, magari dei propri. Questo concetto lo si ritrova anche nel mito, laddove Giove fulmina Esculapio per aver sottratto una persona alla morte per denaro. In quel mito la colpa era piuttosto quella di aver contrastato la natura piuttosto che di averlo fatto per denaro. In realtà nel si-

stema di oggi una novità reale c'è ed è che l'aspetto economico non è lasciato all'etica individuale, ma è inserito nel funzionamento stesso del sistema. C'è quindi un passaggio dal prestare o meno un servizio per denaro, che è il mercato di ieri, alla considerazione di quale sia il migliore uso che si può fare di un determinato e limitato ammontare di risorse economiche.

Come costringerci a essere "buoni"

Spinsanti: Vorrei anch'io sottolineare un passaggio importante: dalla logica secondo cui prima si presta il servizio e poi si viene pagati, al sistema attuale che obbliga a prestare il miglior servizio possibile nell'ambito di un budget limitato. Per quanto riguarda il problema della soddisfazione dei pazienti, è vero che ci sono dei medici che hanno sempre avuto una cura particolare per questo aspetto, e i pediatri in particolare sono tra questi. Ma non è questo il punto centrale di oggi, poiché oggi non ci viene chiesto solo un atteggiamento sensibile nei confronti del paziente, ma un approccio che riconosca la centralità del cittadino e dei suoi diritti. Ciò è particolarmente vero per la medicina dell'adulto, dove l'adulto è chiamato a capire e a partecipare, attraverso una corretta trasmissione delle informazioni, alle scelte che lo riguardano. In questo senso il cliente può essere il nostro migliore alleato per migliorare la qualità del servizio, e si tratta senz'altro di un elemento nuovo.

Moderatore: Purtroppo alcuni dei meccanismi che sono stati recentemente introdotti trasformano il cliente in un nemico e non in un alleato. Il problema non è tanto stabilire se dobbiamo essere buoni o cattivi, ma identificare quei meccanismi che ci aiutano ad essere buoni.

Pubblico: A mio parere quello dei DRG non è un sistema perverso, né d'altra parte l'unico sistema per raddrizzare le sorti della sanità. Dipende dagli obiettivi che ci si pone, dipende ad esempio se contemporaneamente al contenimento dei ricoveri si è potenziata la salute primaria e si sono create le strutture residenziali o semi-residenziali alternative. Cito l'esempio della pediatria di base che ha consentito di ridurre i ricoveri pediatrici.

Pubblico: In Sicilia non sono ancora andati a regime i DRG, ancora non si è proceduto allo scorporo, però di fatto abbiamo uno dei tassi di mortalità infantile più elevati. Negli anni c'è stato un miglioramento complessivo di questo indicatore, ma a Palermo le differenze che c'erano tra alcuni quartieri e altri sono rimaste immutate. Il 40% della popolazione non è vaccinato. C'è stata negli scorsi mesi un'epidemia di morbillo che ha portato a circa mille ricoveri. Questi ricoveri erano in gran parte a carico delle fasce non protette della popolazione, che non sono state vaccinate. In questo senso, la pediatria di base ha influito molto poco. La disuguaglianza che esiste all'interno di quello che chiamiamo SSN, e che dovrebbe pertanto assicurare le stesse prestazioni a tutti, è ancora notevole e di questo occorre che ci preoccupiamo maggiormente.

Pubblico: Condivido l'importanza di stabilire obiettivi e programmi unitari fra ospedali e aziende scorporate e non.

Non dovrebbero essere gli Assessorati regionali alla sanità a svolgere questo compito?

Pagare la salute e non la malattia

Donzelli: Non vorrei aver dato l'impressione di essere un difensore del sistema preesistente. Il maggiore dinamismo del nuovo sistema è innegabile, tuttavia esistono altri approcci possibili, ad esempio quelli sperimentati in Danimarca e Svezia, secondo i quali i budget assegnati alle autorità sanitarie locali sono basati sulle quote capitarie e queste ultime sono ponderate in base all'età della popolazione in modo da tener conto dei maggiori costi, ad esempio, della popolazione anziana. Questo modello che "paga per la salute" è anche un modello educativo, nel senso che stabilisce che gli anziani costituiscono una ricchezza dell'azienda che eroga le prestazioni sanitarie. Inoltre il modello introduce un forte elemento di responsabilizzazione che si definisce come competizione interna al sistema pubblico. Se un paziente non è soddisfatto delle prestazioni fornite dalla propria azienda, se ne va e usufruisce dei servizi di un'azienda limitrofa; l'azienda di residenza, che viene prepagata in base a una quota capitaria per la salute di questo assistito, è tenuta a pagare all'altra azienda le prestazioni fornite in base a tariffe standardizzate. In questo caso i DRG hanno il ruolo di consentire una remunerazione della mobilità dei pazienti in uscita o in entrata. Ciò spinge ciascuna azienda a cercare di evitare i costi aggiuntivi rappresentati dalla migrazione del malato, dandoci da fare per offrire il meglio in termini di qualità, efficienza e soddisfazione.

Tosolini: Concordo con il moderatore. Dobbiamo cercare strumenti che conducano a produrre un livello di sanità migliore senza basarsi solamente sulla buona volontà. Tuttavia la stessa esperienza ACP insegna che si può migliorare investendo nella cultura degli operatori. Questo non è un atto di fede, ma una precisa scelta e un obiettivo strategico, e può essere anche un obiettivo strategico di un'azienda o di un intero sistema sanitario. Esiste poi lo strumento economico, che se opportunamente utilizzato può essere uno strumento potente per modificare i comportamenti. Sulla stessa linea di quanto diceva Donzelli, a proposito di un sistema che "paghi la salute", abbiamo introdotto in Friuli Venezia-Giulia delle incentivazioni alle Aziende per il raggiungimento di specifici obiettivi. Ad esempio, avendo constatato che le aziende, pur avendo servizi di vaccinazioni analoghi, raggiungevano coperture vaccinali alquanto diverse, abbiamo stabilito che una parte dei finanziamenti in quota capitaria venissero collegati all'effettivo raggiungimento del 90% di copertura vaccinale. Il risultato è stato che rapidamente tutte le aziende si sono andate allineando verso i livelli più alti di copertura. Abbiamo ora identificato altri sette obiettivi, al raggiungimento dei quali viene legato una parte del finanziamento. I risultati sono interessanti. Si tratta di un modo per superare un po' alla volta il sistema, non solo del pagamento a prestazione, ma anche dello stesso pagamento a quota capitaria, verso il pagamento dei risultati in termini di salute. Un'ultima osservazione sull'abitudine di molti nostri colleghi a ritenere indispensabile, ai fini di un cambiamento in sanità, il cambiamento dei direttori delle aziende o degli assessori. Io credo che gli operatori sanitari

dovrebbero chiedersi innanzitutto che cosa possono fare loro perché la sanità cambi, senza attendersi le soluzioni dall'alto.

Il nostro ruolo: evocare la domanda

Pubblico: Molte delle cose dette oggi prendono in considerazione solo il problema della razionalizzazione dell'offerta. Mi viene in mente che 15 anni fa circa qualcuno ebbe a dire che Gorbaciov era come il direttore di una grande azienda sanitaria, nel senso che l'Unione Sovietica aveva sempre pensato in termini di offerta e mai di domanda, di bisogni veri della popolazione. Credo che il nostro ruolo come ACP sia non tanto quello di fare resistenza all'uno o all'altro articolo di legge, quanto quello di evocare, stimolare e sottolineare la domanda, cioè i bisogni inevasi.

Pubblico: Sulla stessa linea dell'intervento precedente vorrei chiarire questo concetto di bisogno sanitario. È stato calcolato che il 30% della mortalità è spiegata dalle condizioni abitative e sociali della popolazione: vale a dire che, una volta tenuto conto dell'età, delle patologie e di tutto il resto, vi è sempre ancora un 30% che è spiegato da fattori non strettamente sanitari. Viceversa, nella nostra regione, la Campania, si investe il 66% della spesa sanitaria nelle cure ospedaliere e meno dell'1% sulle condizioni obiettive che creano disagio. Occorre quindi considerare i bisogni in termini più ampi, e sapere che oltre un certo livello di spesa sanitaria si consumano risorse che potrebbero, se investite in infrastrutture, educazione, posti di lavoro, produrre più salute che lo stesso servizio sanitario.

Non solo sanità

Pubblico: Abbiamo detto anche nel nostro recente convegno di Palermo sul bambino a rischio sociale che 1000 miliardi investiti nella scuola, più in generale nell'educazione, possono produrre più salute che 1000 miliardi investiti in sanità.

Moderatore: La discussione è stata ampia e ha toccato tutti i temi proposti. Forse l'aspetto migrazione del malato è stato un po' trascurato e c'è da chiedersi, in effetti, se i nuovi sistemi non creino troppi vincoli rispetto alla ricerca della miglior assistenza possibile, che resta un diritto del paziente e l'unico vero sistema di controllo, da parte dei pazienti, della qualità delle cure.

Io penso che, sposando in parte la posizione di Tosolini, sarebbe giusto e conveniente che Azienda e Regioni concordino, basandosi sui fatti (la scelta di migrazione dei pazienti per singole malattie, tumori, parti, protesi d'anca ecc.), da una parte l'obbligo, per ogni azienda, di migliorare i servizi con alto indice di fuga; dall'altra la convenienza a non moltiplicare l'offerta di prestazioni specifiche, sforzandosi di comune accordo, rinforzando la funzione regionale (o, eventualmente, sovraregionale) degli erogatori preferiti dal pubblico (ad esempio per protesi d'anca), premiando così da una parte, per singole funzioni, le unità operative più efficienti, e producendo dall'altra dei risparmi per le aziende che scelgono di "comprare" un buon "prodotto" a prezzo equo piuttosto che sforzarsi di vendere cattivi prodotti a prezzi in perdita.