

Responsabilizzare i cittadini: tassare o compensare?

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Servizio Sanitario Nazionale. Crisi economica. Stili di vita

Si discute in Gran Bretagna sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale; e si prospetta l'ipotesi che questa sostenibilità sia a rischio in mancanza di un maggiore atteggiamento di responsabilità da parte dei cittadini circa la tutela della propria salute al di là degli obblighi fissati per legge – per esempio – sulle limitazioni per il fumo. Si calcola che i costi medici legati all'obesità rappresentino dall'1 all'8% della spesa sanitaria di un Paese sviluppato e siano rappresentati per il 60% da spese per ricoveri ospedalieri: coronaropatie, diabete tipo 2, insufficienza circolatoria periferica, glomerulosclerosi, steatosi epatica, apnee nel sonno, problemi ortopedici, affaticamento e intolleranza per l'esercizio.

In USA si teme che la "globesity" porti a una insolvenza del *Medicare*. Per questo fino al giugno 2004 il *Medicare* non considerava l'obesità grave come una malattia, poi si è dovuto ricredere.

Lo stesso si può dire per l'abuso di alcol: secondo l'ANIA il 30% degli incidenti del 2006 è stato causato dall'alcol.

Si ricorderà che si era discusso qualche tempo fa, addirittura con l'appoggio di Tony Blair, sulla limitazione dei servizi del Servizio Sanitario Nazionale inglese a coloro che non avessero tenuto corretti comportamenti salutari per la prevenzione dell'obesità o di malattie conseguenti all'alcol o al fumo, oppure a coloro che avessero avuto danni, per esempio, dalla frequenza a eventi sportivi particolarmente violenti e inusuali. L'ipotesi aveva sollevato atteggiamenti discordi: ma quello che sembra poco valutato, in una generalizzata penalizzazione economica degli stili di vita poco salutari, è che i determinanti sociali della salute non rappresentano certamente una "scelta individuale". Perciò è difficile definire l'obesi-

tà come una scelta individuale se la stessa società in cui viviamo riduce la spesa energetica, favorisce la sedentarietà moltiplicando l'uso dei mezzi meccanici, aumenta l'offerta di cibi ipercalorici, in sostanza condiziona le nostre scelte.

Così in Francia gli ispettorati degli affari sociali hanno proposto di introdurre una tassa sui cibi grassi, sui dolci "dato che il 20% dei francesi è obeso". Non si sono chiesti gli ispettori "chi" andranno a penalizzare, ma l'obesità è assai più diffusa fra le fasce indigenti.

Non c'è dubbio, dunque, che i problemi esistano; è compito della politica che si confronta con le aspettative dei cittadini e con le disponibilità economiche stabilire quali siano gli atteggiamenti da prendere.

Ora si prova a passare a un atteggiamento con caratteristiche che si possono definire "opposte", che è quello di sostenere con finanziamenti o sostegni di vario genere coloro che assumono comportamenti virtuosi.

Il NICE propone, per esempio, di compensare con denaro coloro che usano droghe ma aderiscono a programmi di riabilitazione. Una strategia con un simile fondamento è suggerita per gli obesi che si impegnano in percorsi tesi alla perdita di peso, ad alimentazione salutare e ad attività fisica.

In passato, in Gran Bretagna, questa soluzione è stata provata efficace per aumentare i tassi di vaccinazione compensando i genitori dei bambini vaccinandoli. Ma si trattava in questi casi di obiettivi semplici e di facile controllo e validi con il sistema di "una volta per tutto".

Difficile invece nei casi di cui sopra nei quali è necessario, dopo l'arruolamento, ottenere dei risultati a lungo termine. Ci sono però riferimenti di successi, sempre in USA, nel caso di compenso a persone depresse che ricevevano 10 dollari per seduta. Il numero di sedute aumentò si-

gnificativamente; ma il numero di sedute è un indicatore sufficiente? In Messico ha ottenuto buoni risultati un incentivo per mandare i bambini a scuola o per incentivare le vaccinazioni. In Tanzania lo strumento è provato (riferisce il *Financial Times* di aprile) per promuovere una sperimentazione sul sesso sicuro con un finanziamento della Banca Mondiale e di altre fondazioni che hanno stanziato oltre 1 milione di euro. La sperimentazione riguarderà tremila uomini e donne di età fra 15 e 30 anni; verranno monitorate le infezioni sessualmente trasmesse e sarà compensato con 45 dollari chi non avrà contratto alcuna infezione: una cifra molto alta dato che il reddito pro capite annuo in Tanzania si aggira sui 200 dollari. Il tentativo di utilizzare i compensi per l'abbandono dell'uso di droghe ha dato nel Regno Unito risultati positivi: vengono riferiti risultati di trial inerenti a circa cinquemila persone; gli esiti positivi riguardano soprattutto la cocaina, mentre per le altre droghe i risultati sono stati ottenuti grazie all'uso del metadone con l'obiettivo di ridurre l'uso di droghe pesanti e con un monitoraggio della presenza di droghe nelle urine per mantenere il compenso in denaro. Il buon successo ha suggerito l'estensione del progetto ai fumatori "incurabili": un recente trial in Gran Bretagna ha riportato risultati definiti addirittura sorprendenti usando vouchers per incoraggiare donne gravide nell'astensione dal fumo; la spiegazione del successo è stata "translation desire into action (...) financial incentives could tip the balance injecting a bit of urgency". Molto scetticismo viene manifestato sui possibili risultati dell'uso dei vouchers nel campo della obesità. Ogni valutazione dei risultati in questo campo dovrebbe essere prolungata per molti anni.

Nell'adulto, a distanza di 10 anni dal termine di un trattamento medico per obesità, meno del 5% dei trattati ha un peso ridotto rispetto all'inizio.

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Un altro fatto da tenere in considerazione è che le sperimentazioni finora condotte hanno interessato gruppi di popolazioni che vivono in condizioni di grande marginalità come homeless o persone che usavano droghe. La trasposizione in Europa di risultati di sperimentazioni condotte in Africa può lasciare perplessi anche perché la dimensione dei compensi in Europa andrebbe dimensionata su quella sperimentata in Tanzania. E ci si può porre il problema del rapporto fra i 45 dollari in Tanzania e i 10 dollari per seduta ai depressi in USA.

Negli USA, per esempio, un tentativo somigliante a quello sperimentato in

Tanzania è stato fatto in popolazioni di giovani ragazze compensando un comportamento sessuale salutare. Il comportamento salutare continuò nel lungo periodo senza che si verificasse una diminuzione della prevalenza delle infezioni sessualmente trasmesse. Lo stesso insoddisfacente risultato si verificò in giovani donne reclutate per ridurre le gravidanze ripetute.

Va anche detto che la uniformità di selezione delle persone reclutate per i singoli trial non è stata finora perfetta, ma piuttosto casuale.

C'è quindi il problema di valutare la trasposizione di sperimentazioni in iniziati-

ve di salute pubblica nella popolazione generale.

Sembra, insomma, che la discussione sui tentativi di fare assumere ai cittadini stili di vita salutare sia ancora in una fase molto preliminare. Un documento lanciato di recente dal Ministero della Sanità inglese (*Building on Strength, Delivering the Future*) prova a mettere in campo le farmacie. Vi racconteremo. ♦

I dati riportati sono tratti da Wilkinson E. Can you pay people to be healthy? *The Lancet* 2006;371:1325 e da WHO, Global info base 2005.

Santa Rita in Lombardia: cosa insegna?

Forse non è abbastanza chiaro ai cittadini che il sistema sanitario produce circa un decimo dei profitti provenienti dalle attività economiche.

Il sistema sanitario è quindi un affare ed è possibile che venga sacrificato alla logica del profitto. Dal punto di vista etico, però, c'è una forte differenza fra questa e altre attività economiche. Il cittadino che compra un'auto è in posizione di forza, la cittadina che compra (perché lo fa lei con le sue tasse sebbene attraverso un terzo pagante) una isterectomia per tumore si trova, almeno temporaneamente, in una posizione di grande debolezza. Ed è quindi lo Stato che deve assicurarle che ciò che compra è garantito. Non è tanto importante che sia il pubblico o il privato a fornire la prestazione, ma le garanzie devono essere corrispondenti.

È folle pensare che debbano essere i cittadini a garantire la bontà delle prestazioni attraverso il mercato nel quale essi si muovono. Né si può pensare che a farlo siano i medici, attraverso il giuramento di Ippocrate o – preventivamente – attraverso i loro ordini professionali

che agiscono solo successivamente ai fatti. È al settore pubblico che spetta questo compito del dettare regole per se stesso e per tutte le imprese, attraverso le regole dell'accREDITAMENTO che ha superato la mutualistica e datata abitudine al convenzionamento delle strutture. È al settore pubblico che spetta controllare che le istituzioni accreditate si comportino con correttezza e proprietà.

Evidentemente, nel caso del "Santa Rita", qualcosa non ha funzionato.

Ha stupito sia l'atteggiamento difensivo regionale che ha rivendicato la correttezza dei metodi ispettivi della Regione nel caso singolo, sia l'occasione colta per demonizzare il sistema lombardo. Come stupisce che, solo dopo pochissimo tempo dai fatti del "Santa Rita", alla struttura sia stata rinnovata l'autorizzazione al contratto con il SSN sostanzialmente riattivando i sistemi di controllo che avevano fallito prima che tutto accadesse.

In questo modo è possibile pensare che, rimanendo come prima il sistema dei controlli, i cittadini lombardi si sentano tranquilli e rinforzati nel loro empower-

ment? E i cittadini italiani? Essi hanno appreso che il processo di accREDITAMENTO è attivo sostanzialmente in 5 Regioni su 21. Nelle altre Regioni non si può parlare di accREDITAMENTO, semmai di pura e semplice autorizzazione. I cittadini devono essere garantiti non solo da procedure amministrative, ma da effettivi controlli sugli adempimenti tecnico-assistenziali messi a regime, da controlli sugli esiti delle cure e sulle performance del sistema che si vuole accREDITARE.

In sostanza non solo controlli cartacei sui DRG facilmente falsificabili (ahimè solo su un campione casuale del 3% dei DRG), ma insieme controlli e valutazione specifica dei sistemi. Chi lo può fare? Le singole Regioni? L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari? Esiste un documento di undici anni fa dell'Agenzia dei servizi regionali che fissava le regole, i soggetti per i controlli, le sanzioni per gli inadempienti. Non si è perso un po' di tempo? L'importante è che i risultati siano portati alla conoscenza dei cittadini e che essi conoscano le performance delle singole strutture per poterle giudicare e scegliere. ♦