

Il costo della sanità e il federalismo fiscale

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Bisogni di salute. Servizio sanitario nazionale. Livelli di assistenza. Costi

Nell'editoriale del numero 5/2008 di *Quaderni acp* è stato trattato il problema della sostenibilità dei servizi sanitari di fronte alle spese crescenti dovute all'aumentato costo delle prestazioni assistenziali. Chi si occupa specificamente di questo problema è il NICE inglese (*National Institute of Health and Clinical Excellence*).

La Gran Bretagna è stata scossa l'estate scorsa dalle polemiche successive al decesso di alcuni pazienti a causa del rifiuto del NHS inglese di rimborsare il Cetuximab, usato per la terapia del tumore intestinale e acquistato privatamente dai pazienti.

Il NICE aveva stabilito infatti che quando il costo di un farmaco per QALY (*Quality-Adjusted Life Year*), superava il valore di 35.000 sterline, non poteva essere fornito dal NHS. Il QALY è un indicatore di costo-utilità: misura il costo di ogni anno di vita guadagnato e tiene conto anche della qualità della vita recuperata. Si ottengono così delle *league tables*, ossia delle classificazioni di intervento, dal più costoso al meno costoso, e lo strumento può servire a fissare un limite alla spesa. Il QALY presenta numerosi problemi metodologici, ma il suo uso può essere un criterio per porre un limite ai costi dei servizi sanitari oltre i quali non andare.

Anche per alcuni nuovi farmaci per la terapia del carcinoma renale il QALY supera le 35.000 sterline: il Bevacimuzab 171.301, il Soranefib Toysilato 102.498, il Temsirolimus 94.385, il Sunitib 71.462. Essi danno una ulteriore sopravvivenza di 6-12 mesi, in una sopravvivenza media che è, con le cure attuali, di 5 anni per il 44% dei pazienti. Il NICE quindi aveva detto di no a questi farmaci. Questo fino a due mesi fa quando il premier inglese è entrato, a piedi uniti,

nella discussione e ha stabilito che il NHS non rifiuterà più il rimborso ai malati che acquistano da soli il farmaco; anzi farà di tutto perché sia il NHS a fornirglielo non a rimborso, ma direttamente. Independentemente dai calcoli relativi alla soglia delle 35.000 sterline e ai farmaci costosi di cui si discute in UK, il principio merita qualche ragionamento. Il tipo di sofferenza, la severità della malattia, la qualità di vita assicurata non possono non avere un peso nel definire la soglia entro la quale il servizio sanitario deve stare.

Da noi questo limite è definito dai LEA ma con molta minore raffinatezza di calcolo; un calcolo che comunque, non essendo comunicato, non può essere motivo di discussione.

Il criterio QALY proposto dal NICE può invece essere discusso e – come è successo – corretto. Esiste però un problema di compatibilità con il concetto che i costi del servizio sanitario non possono andare oltre un limite fissato da noi per legge, dato che non sono ammessi il deficit/spending e il pagamento a piè di lista. Il campo delle ricerche sull'argomento del costo/utilità dei servizi sanitari è sempre stato molto modesto. In questo campo si sono molto spesso espresse delle opinioni che delle conclusioni basate su fatti. Una indagine del NHS sull'uso degli indicatori economici del costo-efficacia (semplice costo per anno di vita salvato) dimostra che, a livello regionale, questa analisi viene trascurata anche sul piano speculativo e ci si limita al massimo alla valutazione dei costi ma non del costo/efficacia. Questo comporterebbe la presenza di economisti competenti e bene addestrati che di solito mancano nelle sedi periferiche e non solo inglesi. D'altra parte quando mai, a un direttore generale di una ASL italiana, è stata chiesta una competenza in questo campo o la disponibilità a dotarsi di un ufficio che l'abbia?

Vi è anche una storia tutta USA in proposito: negli anni Novanta il governo centrale bocciò il progetto dello Stato dell'Oregon di allocare i fondi del Medicaid adottando criteri espressi in termini monetari di costo/beneficio e stabilendo: a) un peso per ogni condizione di malattia, b) una sede in cui trattarla, e c) un livello al di sotto del quale la condizione era "not covered". La lista complessiva (*condition-treatment pairs*: CTpairs) nel 1991 conteneva 709 CT, dei quali solo i primi 587 erano coperti al tempo in cui la lista era proposta. Ovviamente la linea del *not covered* poteva alzarsi o abbassarsi a seconda delle disponibilità economiche senza necessità di mettere mano a una riclassificazione perché l'ordine della lista era stato stabilito chiarendo e pubblicando i più importanti determinanti che contribuivano alla classificazione secondo il criterio del costo/efficacia e del *net benefit*. Per ognuna delle CT si faceva distinzione fra terapia medica o chirurgica: la prima poteva essere collocata più in alto (e quindi più fruibile) della seconda. Qualcosa insomma di molto più raffinato dei nostri DRG: infatti una valutazione condotta a fine lavoro dimostrò che i DRG e i CTpairs erano "entirely unrelated to one another". Un progetto del genere fu esperito in Finlandia (*From values to choice*) negli stessi anni Novanta.

Un problema di valutazione dei costi si porrà (o si dovrebbe porre) in Italia con il federalismo fiscale. I livelli essenziali di assistenza dovranno essere garantiti in ogni parte del Paese, ma per farlo dovranno essere definiti i "costi standard" (CS) delle prestazioni da erogare in condizioni di efficienza e appropriatezza in tutto il territorio nazionale", come recita il DDL delega sul federalismo fiscale. Cosa sia il CS è abbastanza chiaro nella economia aziendale: è il costo di un oggetto o di un servizio in

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

editoriale

condizioni di buona efficienza produttiva: necessita quindi della valutazione dei processi produttivi e quindi di precise informazioni su questi e sulla qualità del prodotto finale dell'oggetto o del servizio. Trasferito alla Sanità, il calcolo si complica se si vuole andare al di là della valutazione del prezzo di mercato del farmaco e delle sue indicazioni.

In Sanità, sistema di produzione complesso, è difficile definire analiticamente il CS di ogni prodotto. Mancano infatti sistemi di contabilità analitica omogenei e le condizioni in cui si effettua una radiografia standard del torace cambiano a seconda, ad esempio, dell'età del paziente e quindi della composizione della popolazione: si tratterebbe quindi in ogni caso di costi medi e quindi di difficile implementazione.

Ciononostante per valutare quante risorse spettano a una regione, e poi a un ospedale, in relazione ai bisogni della popolazione, è necessario conoscere i costi delle prestazioni che servono per far fronte ai bisogni, cioè alle esigenze sociosanitarie reali della popolazione. Anzi prima è necessario conoscere i bisogni e poi valutare i costi per coprirli.

Insomma si tratta di un impegno difficile, ma stupisce un poco che, trattandosi di argomenti che hanno a che fare con la qualità dei servizi resi, vi sia una certa indifferenza da parte delle organizzazioni dei medici: perché sarà dalla determinazione di CS che arriveranno (o dovrebbero arrivare) le future risorse di cui si disporrà nelle sedi in cui i medici lavorano.

Faremo bene a lasciare tutto solo ai "bocconiani", come dice il nostro caro amico Franco Panizon? Faremo bene a concentrarci specialmente sui problemi contrattuali o addirittura sui rapporti professionali/personali con le Aziende sanitarie? C'è da credere che così non sia.

Le nostre copertine

Dal 2004 Giovanna Benzi ha curato le copertine di questa rivista dedicandole a temi di grandi pittori che riguardano i bambini secondo la sequenza che sotto riportiamo.

- 2004 Madonna e Bambino con il libro
- 2005 I bambini e la musica

- 2006 I bambini e gli animali
- 2007 I bambini e i giochi
- 2008 I bambini e la scuola

I nostri lettori hanno quindi una loro collezione di 39 grandi opere che trattano le condizioni di vita dei bambini e rappresentano alcuni degli strumenti che li fanno crescere. Il libro, la musica, gli animali, il gioco, la scuola sono strumenti essenziali per l'Early Child Development.

Il 2009 sarà dedicato a un tema al quale molti pittori si sono ispirati: i bambini e i fiori.

I fiori, che non vediamo come elemento decorativo, ma come un simbolo per ricordare a noi stessi quanto l'ambiente abbia importanza nella vita dei nostri bambini e di tutti noi.

I nostri revisori

Le revisioni degli articoli proposti per la pubblicazione su *Quaderni acp* vengono effettuate dai nostri redattori e da un gruppo di revisori.

Sentiamo il dovere di ringraziare specialmente questi ultimi. Per l'anno 2008 i ringraziamenti vanno a: Arturo Alberti, Roberto Buzzetti, Adriano Cattaneo, Paolo Chiodini, Francesco Ciotti, Beppe Cirillo, Antonio Clavenna, Giuseppe De Caro, Luisella Grandori, Luigi Gualtieri, Roberto Motta, Costantino Panza, Mauro Pocecco, Beppe Primavera, Pio Russo Krauss, Giorgio Tamburlini, Giacomo Toffol, Alessandro Volta. ♦

Madonna e Bambino con il libro



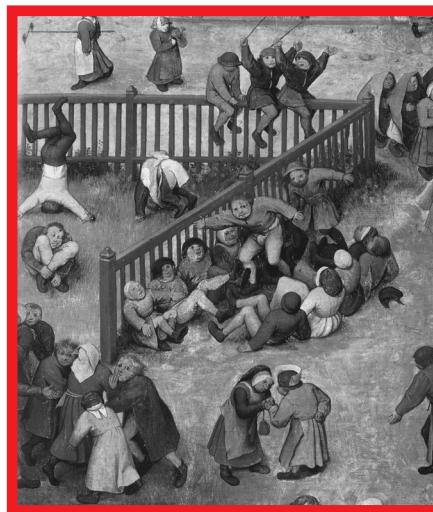
I bambini e la musica



I bambini e gli animali



I bambini e i giochi



I bambini e la scuola

