



## POLITICA E SANITÀ

### Come ridurre le riospedalizzazioni: ma attenzione agli indicatori

**Negli ultimi mesi del 2012 negli Stati Uniti è iniziato un ambizioso progetto per ridurre il tasso di riospedalizzazione nei pazienti Medicare. Il progetto consiste prevalentemente in penalizzazioni di ordine finanziario per gli ospedali con tassi di riospedalizzazione ritenuti eccessivi. Sulla base di quanto osservato in pazienti dimessi dopo infarto miocardico, scompenso cardiaco e polmonite, si stima che 2/3 degli ospedali americani dovrebbe ricevere penalizzazioni economiche pari all'1% della quota di rimborso da parte di Medicare (nei prossimi anni l'entità di queste penalizzazioni dovrebbe ulteriormente aumentare).** Questo programma ha sollevato numerose critiche e controversie, specialmente per 2 ordini di considerazioni:

ci si domanda se le strutture realmente responsabili dei tassi di riospedalizzazione siano quelle ospedaliere, dal momento che gli eventi che generano un secondo ricovero avvengono prevalentemente al di fuori delle mura degli ospedali

- vi è il dubbio fondato che questo indicatore sia di per sé confondente; i pazienti a maggior rischio di riospedalizzazione sono quelli con malattie più gravi o con condizioni socio-economiche più disagiate, spesso con carenza di un valido supporto sociale o di servizi territoriali efficaci; sarebbe perciò opportuno prendere in esame la complessità e le disabilità dei pazienti trattati, altrimenti gli ospedali che si fanno carico dei malati più gravi e più poveri rischierebbero di essere penalizzati.

Negli Stati Uniti tra il 2009 ed il 2011 il tasso di riospedalizzazione per tutte le cause è leggermente diminuito (15.6% dei dimessi nel 2009 vs 15.3% nel 2011); ma ciò potrebbe essere collegato alla attivazione di  *misure alternative al ricovero*, quali accessi al Pronto Soccorso con o senza osservazione breve, senza di fatto un reale miglioramento della qualità delle cure. Ma poi senza un sistema articolato di indicatori si potrebbero penalizzare gli ospedali che si fanno carico dei malati più complessi e con bisogni assistenziali più articolati, disincentivandoli di fatto a occuparsene. Il tasso di riospedalizzazione va quindi 'aggiustato' in base alle condizioni socio-economiche ed allo stato di salute dei malati. Un'altra variabile da considerare è il  *tempo del secondo ricovero* rispetto alla precedente dimissione:

- se la riospedalizzazione avviene dopo pochi giorni, è probabile che sia dovuta ad uno scarso coordinamento delle cure, una non corretta pianificazione della dimissione o una insufficiente valutazione dei bisogni assistenziali
- se la riospedalizzazione avviene dopo 1 mese, è più probabile che sia dovuta alla gravità del quadro clinico.

Insieme al tasso di riospedalizzazione va inoltre preso in considerazione quello relativo alla  *mortalità*: gli ospedali con mortalità più bassa tendono ad avere riospedalizzazioni più numerose in quanto tendono a mantenere più a lungo in vita i malati gravi, ma ciò a rischio di più frequenti ricoveri. In conclusione, le strutture ospedaliere dovrebbero interessarsi anche a quanto capita ai loro pazienti quando essi sono al di fuori delle mura dell'ospedale offrendo cure ben coordinate e di qualità: ciò a vantaggio del sistema sanitario e soprattutto dei pazienti.

Joynt KE, Lha AK. *New Engl J Med* 2013; 368: 1175

### Farmaci, esami e visite specialistiche, ticket: alcuni dati 2012

**Nel corso del 2012 i cittadini italiani hanno pagato di tasca propria 4.4 miliardi di euro di ticket tra farmaci, esami e visite specialistiche, accessi al Pronto Soccorso. Negli ospedali e negli ambulatori pubblici sono stati pagati 1.5 miliardi di euro, con un aumento del 13% rispetto al 2011 (anno in cui erano stati spesi 1.3 miliardi) e nelle strutture private accreditate circa 750 milioni di euro; su queste cifre ha sicuramente pesato l'introduzione del superticket introdotto a metà del 2011. Questi i dati del preconsuntivo 2012 resi ora disponibili.**

Per i  *farmaci* gli italiani hanno pagato in ticket più di 2 miliardi di euro (la spesa 'out of pocket' non è variata in modo significativo rispetto al 2011) ed il Servizio Sanitario Nazionale ha risparmiato circa 1 miliardo di euro - non è dato sapere quanto determinato dall'aumento di consumo dei farmaci generici e quanto per gli extra-sconti applicati dalle farmacie. Anche i 10 saggi nominati in questi ultimi giorni dal Presidente della Repubblica Napolitano si sono espressi in modo favorevole nel confronto dei farmaci generici, sottolineando come in Italia il loro utilizzo sia ancora ridotto rispetto a molti altri Paesi europei e consigliando di procedere ad una campagna di sensibilizzazione dei pazienti in merito alla equivalenza nella loro efficacia e sicurezza rispetto ai farmaci  *branded*.

Per il cosiddetto superticket sulle prestazioni specialistiche (introdotto come ricordato a metà del 2011) l'effetto sulle casse dello Stato italiano è stato abbastanza modesto: nel corso del 2012, rispetto al 2011, sono stati incassati 166 milioni di euro dalle strutture pubbliche e 103 milioni di euro da quelle private accreditate. Va peraltro ricordato a questo riguardo che alcune Regioni hanno attivato misure alternative al superticket. Inoltre non è dato conoscere quanto sia quantificabile il ricorso dei cittadini italiani alle strutture private non accreditate che hanno adottato tariffe uguali o minori rispetto al settore pubblico con liste di attesa di gran lunga inferiori. Altri 2 miliardi di ticket dovrebbero essere introdotti da gennaio 2014, ma è un aggravio per i cittadini ritenuto - da molte forze politiche - insostenibile in questo contesto della economia italiana. Il nuovo governo si troverà quindi a dover affrontare anche questo problema. Una ulteriore fuga verso il settore privato potrebbe mettere in discussione le caratteristiche del nostro Sistema Sanitario in termini di universalità, equità e completezza della copertura. Inoltre, sulla base dell'esperienza circa le concrete difficoltà di incasso degli attuali ticket, non è neanche certo che l'aggiunta di altri ticket possa aiutare in modo significativo a mantenere l'equilibrio economico-finanziario pubblico. Il problema non è di facile risoluzione in questo contesto generale, ma andrà in qualche modo affrontato.

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

## **Istat, il 70% delle famiglie taglia sulla sanità**

Quasi eliminate le spese per visite mediche, analisi cliniche ed esami radiologici. È questo uno dei dati emersi dall'audizione al Senato del presidente dell'Istat Enrico Giovannini. Oltre sette famiglie su 10 (71%), ha spiegato il presidente Istat, hanno modificato quantità e qualità dei prodotti acquistati. L'unica spesa mantenuta è quella incomprimibile per i medicinali. Si tratta delle famiglie della fascia con i livelli di spesa più bassi. Famiglie che, nel confronto tra il 1997 e il 2011, hanno aumentato la spesa media del 42% ricorrendo anche a forme di indebitamento al punto che, nel 2011, il 19% di esse ha intaccato i propri risparmi e tra queste, quasi la metà ha anche aumentato i debiti esistenti o ne ha contratto di nuovi. Tali famiglie, dice ancora l'Istat nel documento presentato alle Commissioni speciali di Camera e Senato, hanno sostanzialmente eliminato le spese legate a voci non strettamente necessarie. A completare il quadro innescato dalla crisi, l'export extra europeo, aumentato su base tendenziale per più di tre anni, ha interrotto la sua corsa e le nostre vendite hanno ceduto l'1,3%. Una percentuale non così rilevante ma di grande importanza in termini sostanziali, perché in un momento in cui cadono redditi, consumi, investimenti, occupazione e le vendite in Europa, l'export extraeuropeo era in grado di sostenere i fatturati delle aziende (M.M.).

## **Biosimilari, in Ue stessi test dei farmaci originatori**

I biosimilari sono medicinali che, per ottenere questo status, devono dimostrare qualità, sicurezza ed efficacia pari agli originatori e validate attraverso un percorso regolatorio sovrapponibile per rigore e completezza e con identici controlli su materiali e tecnologie di produzione. Lo afferma il Guiding principles promoting good governance in the pharmaceutical sector, un documento di consenso redatto dalla Commissione europea, nell'ambito di un progetto sulla responsabilità sociale delle imprese. Il documento ribadisce che le norme in tema di sostituibilità e intercambiabilità tra farmaco biotech originatore e biosimilare restano nella competenza dei singoli Stati, ma sottolinea che il percorso per l'autorizzazione deve passare attraverso gli stessi identici controlli. «Le conclusioni del documento» commenta **Michele Uda**, direttore generale di AssoGenerici «vanno a confermare la bontà dell'approccio adottato fin dall'inizio dai produttori di biosimilari italiani: un approccio che si è basato sullo scambio scientifico continuo con la comunità medica e nell'opera di informazione sulle caratteristiche di questi medicinali e sulle possibilità concrete di mantenere elevati standard assistenziali anche in una fase di limitazione delle risorse disponibili e di costante crescita della spesa farmaceutica ospedaliera». E proprio sull'accessibilità alle cure, il documento sottolinea il ruolo fondamentale di questi medicinali nell'allargare la platea dei pazienti che possono accedere a queste cure, finora limitata dalle compatibilità economiche dei servizi sanitari.