



ELSEVIER 23 ottobre 2013

# DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

## POLITICA E SANITÀ

### Lorenzin: entro Natale Patto salute, presto costi standard

Rispondere alla «sfida» del nuovo Patto della salute insieme alle Regioni che devono anche «applicare presto, prestissimo i costi standard» che «non hanno niente a che fare con i tagli». Lo sottolinea il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in audizione in commissione Sanità del Senato, annunciando che «il Patto deve chiudere prima di Natale, perché a fronte di una richiesta di responsabilizzazione così alta di non toccare con nuovi tagli questo comparto, ora dobbiamo tutti insieme mettere in campo una nuova programmazione sanitaria, da Milano a Reggio Calabria, per i prossimi anni che sia in grado di superare i limiti del servizio sanitario, e i limiti del Titolo V, che si sono accumulati in questi anni». Il ministro ha anche ribadito che il sistema non avrebbe potuto «reggere altri tagli» dopo i «22 miliardi» in meno degli ultimi anni.

Un risultato, quello di avere evitato tagli con la legge di stabilità, ottenuto anche grazie al lavoro delle commissioni parlamentari che stanno portando avanti indagini conoscitive «che hanno aumentato la sensibilizzazione sul tema della sostenibilità del sistema». Nel corso dell'audizione il ministro si è soffermato anche sul fabbisogno di medici e operatori per Ssn e sulla sanità transfrontaliera.

«È evidente - ha osservato il ministro - che la legge di stabilità non ha toccato il Fondo sanitario nazionale, ma ha prolungato il blocco del turn-over e sappiamo che il comparto soffrirà per questo. Ma se vogliamo affrontare un problema oggettivo in un modo costruttivo e trovare soluzioni in tutte le Regioni, avendo nei prossimi anni un grosso blocco dei pensionamenti ma anche cambiamenti demografici e della medicina, occorre rispondere a richieste diverse rispetto a quelle tradizionali». E «fare una programmazione dei fabbisogni» del personale «ci permetterebbe di lavorare meglio con le università e le scuole di specializzazione e di garantire una copertura adeguata, condivisa nei costi. Se sai che ti servono tot specialisti in una branca, in un determinato territorio, cercherai di spingere lì le specializzazioni piuttosto che in altre parti». Sul fronte della mobilità Lorenzin ha sottolineato come la possibilità per i cittadini di curarsi in tutta Europa, ha spiegato «non va sottovalutata minimamente, nemmeno sui rischi in cui si può incorrere». Di certo si tratta «di una sfida complicata» per la sanità italiana, che non sarà più «tra Regioni, tra Nord e Sud, ma tra Stati».

Marco Malagutti

### L'economista: austerità sui sanitari peggio dei tagli ai Lea

Più ancora dei tagli lineari e sui livelli essenziali di assistenza, l'austerità sui pubblici dipendenti previsto dalla bozza di Finanziaria rischia di gravare sul futuro del Servizio sanitario nazionale. La riflessione è di Carlo Hanau docente di Statistica medica e di Programmazione dei servizi sociali e sanitari all'Università di Modena e Reggio. Al posto dei ventilati 2,6 miliardi di tagli alla farmaceutica e alla specialistica, la manovra prevede di risparmiare 1,1 miliardi bloccando i contratti a tutto il 2014 ai dipendenti pubblici e ai medici Ssn, impedendo agli ospedalieri l'aumento dell'indennità di vacanza contrattuale a tutto il 2017 e tagliando gli straordinari svolti nelle festività. Al netto di altre misure strutturali. «Ma già queste misure sono strutturali e lasciano conseguenze permanenti. Un taglio ai Lea, pur sempre grave, riguarderebbe un numero limitato di prestazioni; il blocco degli stipendi nel pubblico - spiega Hanau - vuol dire invece che la chance di crescita degli stipendi per i sanitari Ssn esiste solo nella libera professione; crea un disincentivo a lavorare nel pubblico che allungherà le già lunghe liste d'attesa e tale attesa spinge i cittadini a pagare di tasca propria o ad accendere assicurazioni private per curarsi, relegando il Ssn ai poveri». Hanau, attuale presidente del Tribunale della Salute e vicino alle altre associazioni dei pazienti, ne ha anche per i 250 milioni sbandierati dal premier Letta come rilancio del Fondo Non Autosufficienza: «Sono come le mille lire messe una volta sui bilanci "per memoria"; il Veneto ogni anno da solo mette 700 milioni per il Fondo non autosufficienza, l'Emilia Romagna 500; con una contribuzione così irrisoria lo Stato non può avere la pretesa di indirizzare le regioni a spendere sui temi prioritari per tutto il paese».

Mauro Miserendino

### Il public reporting serve, ma forse non basta

A dispetto degli sforzi profusi negli ultimi anni negli Stati Uniti - fino al recente Affordable Care Act del 2010 - l'impiego da parte dei cittadini dei database sanitari pubblici che mettono a disposizione i dati di esito fatica ancora a decollare. Tra il 1996 e il 2008, infatti, la percentuale di cittadini che usa i dati di qualità è rimasta stabile, sotto al 15%: «Secondo molti, il "public reporting" è in gran parte ignorato dai consumatori, forse perché l'informazione è difficile da trovare o complicata da capire» scrivono Robert Huckman e Mark Kelley, economisti dell'Università di Harvard, sulle pagine del New England Journal of Medicine. «Noi proponiamo un'altra possibile spiegazione: che l'attenzione del pubblico non sia attualmente diretta verso l'informazione cui la maggior parte dei pazienti attribuisce più valore». Oggi la gran parte di questi progetti offre ai cittadini-consumatori la possibilità di confrontare strutture sanitarie diverse in termini di qualità delle cure e costi relativi per specifiche procedure: «Questo tipo di public reporting parte dall'assunto che i pazienti abbiano già deciso di sottoporsi a una chirurgia cardiaca e usino queste informazioni semplicemente per selezionare il miglior offerente» spiegano i due studiosi di Harvard. «Sfortunatamente, questa informazione non ha una grande utilità nell'aiutare i pazienti a decidere innanzitutto se vogliono un intervento chirurgico, e se ne hanno bisogno».

Un altro limite significativo viene individuato nella difficoltà non solo di comprendere, ma soprattutto di interpretare le differenze messe in luce: «Gli attuali strumenti tendono anche a dare per scontato che i pazienti sappiano interpretare accuratamente le metriche relative alla qualità» riprende Huckman. «Per esempio, qual è la differenza tra un ospedale con un tasso di complicazioni dell'1% e un altro con un tasso del 2%? Una prospettiva è quella per cui il primo ospedale è bravo il doppio dell'altro. Una visione alternativa è che il rischio assoluto di una complicazione è talmente basso in entrambe le istituzioni che la scelta tra l'una e l'altra si dovrebbe basare su altri fattori, come la convenienza, il costo e la reputazione. I pazienti potrebbero preferire questa seconda interpretazione più spesso di quanto immaginiamo». Ma il punto forte della riflessione di Huckman e Kelley consiste nel suggerire che la domanda che il cittadino si pone – tanto più in un momento di gravi ristrettezze economiche - è più complessa rispetto alle risposte che i dati di esito consentono di fornire: «Forse è una domanda più fondamentale e personale: “Questo trattamento o procedura è la migliore opzione per la mia malattia, le mie condizioni finanziarie, e la mia situazione familiare o sociale?”. Mentre alcuni pazienti potrebbero cercare le migliori probabilità di sopravvivenza, altri potrebbero voler un più rapido ritorno al lavoro, o un minimo esborso di tasca propria. Queste opzioni sono il cardine dell'assistenza centrata sul paziente. Per muovere la sanità in questa direzione» concludono «il public reporting deve passare a un approccio in cui le metriche riflettano le diverse preoccupazioni e preferenze dei consumatori. Con una migliore informazione, milioni di consumatori potranno diventare acquirenti smaliziati e, così facendo, aiutare a piegare la curva dei costi sanitari».

N Engl J Med. 2013 Oct 16. [Epub ahead of print]