

Dossier

Diritto

Risparmi
Tutti in rete,
così si evitano
«ripetizioni»

Una «casa digitale comune» all'Asl 2 Savona per consultare in tempo reale esami e referti dei pazienti, migliorando le cure. Il progetto ONE.SYS, premiato dalla Fiaso-Federazione di Asl e Ospedali pubblici per l'«Innovazione Ict in sanità», permette lo scambio di informazioni tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali dell'Asl, e tra questa e i medici di famiglia e i pediatri. Il sistema consente ai dottori di aggiornarsi sugli accertamenti eseguiti dai

pazienti in ospedale o in ambulatorio, o fuori dall'Asl, evitando così «ripetizioni» a stretto giro o rese inutili dai referti già acquisiti. La messa in rete delle diverse strutture sanitarie e dei professionisti migliora l'appropriatezza delle prestazioni, fa risparmiare risorse e favorisce la medicina di «iniziativa» per pazienti con Bpco, scompenso cardiaco, diabete, così da ridurre le complicazioni e quindi il ricorso all'ospedale.

M. G. F.

Una montagna di radiografie, di Tac, di risonanze magnetiche prescritte senza reale necessità o ripetute a causa di macchinari inefficienti. Un eccesso di analisi e pareri specialistici. Ora anche i medici denunciano questi sprechi che pesano sui conti pubblici e sulle tasche degli italiani

Milioni di euro per **indagini** e **visite** che non servono

Il «Patto»

Il ministro della Salute Lorenzin stima in 30 miliardi di euro i risparmi attuabili nel comparto sanitario riducendo gli sprechi. E il Patto della Salute, approvato in Conferenza Stato-Regioni l'estate scorsa, si occupa anche della specialistica ambulatoriale: ministero e Regioni vogliono rendere omogenea la codifica delle prestazioni, presupposto per rivedere l'intero sistema delle remunerazioni.

V

isite specialistiche ed esami in eccesso, cioè eseguiti quando non sarebbero necessari per la diagnosi o la cura di una malattia. Ma anche, all'opposto, prestazioni mancate, spesso a scapito della prevenzione. Sono i due volti della non appropriatezza di prestazioni sanitarie, che pesa sulla salute dei cittadini e in termini di sprechi sulle tasche del Servizio sanitario nazionale.

Secondo alcuni studi, per esempio, degli oltre 100 milioni di indagini radiologiche eseguite ogni anno in Italia il 30-50% sarebbe parzialmente o totalmente ingiustificato. E la Società italiana di medicina

interna stima che dei 64 milioni di visite specialistiche annue, per un costo di circa un miliardo di euro, il 10% non sarebbe appropriato.

«Esiste effettivamente un eccessivo ricorso alla diagnostica per immagini e alla radiologia in tutte le sue forme — afferma Carlo Masciocchi, presidente della Società italiana di radiologia medica —. È sbagliato sottoporre i pazienti a un numero crescente di accertamenti, anche con radiazioni ionizzanti che comunque espongono a un rischio».

Ma perché si prescrivono troppi esami? «È innegabile — risponde Masciocchi — che in-

dagini strumentali e di diagnostica per immagini sempre più sofisticate permettano un riconoscimento precoce delle varie patologie; purtroppo, però, il crescente ricorso ad accertamenti diagnostici può essere attribuito alla cosiddetta «medicina difensiva», cioè a quella pratica medica non finalizzata esclusivamente alla diagnosi e alla terapia, ma orientata piuttosto alla tutela legale del medico o seguita per consuetudine». Un esempio per tutti: la risonanza magnetica. «Viene richiesta in modo inappropriato anche per patologie degenerative delle ossa o delle articolazioni, come l'artrosi, — dice

207

milioni
Le prescrizioni di esami diagnostici e visite specialistiche in Italia nel 2012 (dato Min. Salute)

Masciocchi — mentre un esame radiologico correttamente eseguito sarebbe più efficace».

«Capita anche di ripetere esami diagnostici a causa di macchinari obsoleti: un costo inutile per il paziente e per il Servizio sanitario — segnala il coordinatore nazionale del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva, Tonino Aceti —. E sul numero eccessivo di esami e visite influisce l'assenza di «percorsi diagnostico-terapeutici» per certe patologie: dove esistono, calano prestazioni inutili e sprechi».

«Una delle principali sfide per la sanità è la gestione corretta di pazienti che soffrono di malattie croniche, come diabete o cardiopatie, che spesso richiedono il ricorso a più specialisti — aggiunge Fiorenzo Corti, della Federazione italiana medici di medicina generale —. Il ruolo di «regista» del medico di famiglia dovrebbe evitare che questi assistiti ripetano inutilmente esami già eseguiti».

Secondo la Società italiana di medicina interna le visite specialistiche che si effettuano nel nostro Paese sono troppe. «Un'eccessiva frammentazione — dice il presidente, Gino Roberto Corazza — non consente una presa in carico globale del paziente, necessaria soprattutto per gran parte degli oltre otto milioni di italiani che hanno due o più malattie croniche. Per i pazienti «complessi», almeno in un caso su tre, il medico di riferimento dovrebbe essere l'internista, che valuta se indirizzare il malato allo specialista d'organo, per esempio

il cardiologo. Nessuna contrapposizione tra medici, ma maggiore organizzazione per migliorare l'assistenza e ridurre i costi inutili».

Proprio sull'alleanza tra medici e pazienti punta la cosiddetta «slow medicine», diffusa ormai anche in Italia: lo scopo è individuare, discutendone insieme, prestazioni ed esami prescritti anche quando non sarebbe necessario, al fine di evitarli, perché «fare di più non significa fare meglio».

Ma anche il sottoutilizzo di prestazioni si traduce in sprechi. «Bisogna giocare d'anticipo, con la «medicina d'iniziativa» — spiega Corti —. Per



Ricette «facili»
È sbagliato sottoporre i pazienti a un numero sempre crescente di accertamenti, anche con radiazioni ionizzanti che comportano rischi

esempio, a chi soffre di diabete il medico propone controlli «su misura» anche per prevenire le complicanze, e poi verifica che l'assistito faccia gli esami. Dove i medici di famiglia sono coinvolti negli screening, ad esempio per il tumore al colon retto, le adesioni aumentano: vuol dire diagnosi precoci e quindi cure più efficaci». E il Servizio sanitario alla fine risparmia.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperimento delle lastre dopo cena

Studi dei medici di famiglia con elettrocardiografo, spirometro, Holter pressorio, per dare risposte più appropriate ai malati, specie a quelli cronici, evitando sovrapposizioni e ripetizioni di esami e indirizzandoli, se necessario, allo specialista.

Partito nel 2013 nell'ambito del progetto Creg-Cronic Related Group, modello di cura dei malati cronici della Lombardia, il programma di telemedicina «Buongiorno Creg» ha coinvolto oltre 32 mila assistiti e quasi 300 medici di famiglia di 4 Asl. Circa 100 pazienti con Bpco, diabete, scompenso cardiaco e ipertensione hanno partecipato anche a una speri-

mentazione di telemonitoraggio a domicilio di alcuni parametri fisiologici. «Gli assistiti si sentono più seguiti, si fa prevenzione secondaria delle complicanze, si riduce il ricorso all'ospedale» dice Gabriella Levato, responsabile del progetto e vicepresidente aggiunto Fimmg Lombardia.

Sempre in Lombardia, ma pure in Veneto e in altre regioni, l'apertura degli ambulatori anche la sera e la domenica, oltre a ridurre le liste d'attesa per esami e visite, grazie a un maggiore uso dei macchinari dovrebbe permettere di ammortizzarne i costi.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione Giocare d'anticipo vuol dire spendere bene

Una riduzione di infarti e ictus attesi, per circa 28 mila cittadini ad alto rischio e un risparmio per la Sanità regionale di oltre 100 milioni di euro. Questo, secondo l'Osservatorio epidemiologico della Regione Puglia, il bilancio di un progetto di prevenzione delle malattie cardiovascolari, articolato in due bienni (ora interrotto per carenza di fondi). Circa 600 medici di famiglia hanno calcolato il rischio cardiovascolare dei loro assistiti con l'indicatore

predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità (tra i fattori per valutare la probabilità di un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni: età, sesso, fumo, diabete, pressione alta, colesterolo). «Grazie a sorveglianza e controlli periodici — dice Filippo Anelli, segretario di Fimm Puglia — si è osservato un calo significativo della proporzione di assistiti a rischio alto (diventati a rischio medio o basso)».

M. G. F.

I costi diversi degli esami

I rimborsi delle Regioni alle strutture sanitarie (pubbliche e private) per alcune prestazioni di diagnosi - VALORI IN EURO

Tariffa massima
Tariffa minima

	Valle d'Aosta	Piemonte	Liguria	Lombardia	Veneto	Friuli V.G.	Trento	Bolzano (prov. aut.)	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Molise	Campania	Basilicata	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna
INDAGINI																					
Elettrocardiogramma	12,80	13,70	11,62	11,60	12,55	15	12,80	11,60	12,50	12,90	12,80	11,62	11,60	11,62	11,62	11,62	11,62	10,81	11,62	11,62	11,62
Ecografia addome completo	66,50	71,10	60,43	71,79	111,65	80,20	69,70	60,40	60,45	59,50	66,50	60,43	60,40	60,43	60,43	60,43	60,43	60,43	60,43	60,43	60,43
ESAMI DI LABORATORIO																					
Prelievo di sangue venoso	2,80	3,05	2,58	2,90	2,30	3,40	3,10	2,60	3	3,10	2,80	2,58	6,20	2,58	2,58	2,58	2,58	3,25	2,58	2,58	3,10
Colesterolo Hdl	2	2,20	1,43	2,30	2,75	2,80	1,65	3,10	2	1,85	2	1,43	3,10	1,43	1,86	1,43	2,70	3,10	1,43	1,43	3,10
Colesterolo totale	1,20	1,50	1,04	1,70	1,20	1,80	1,05	1,30	2	1,15	1,30	1,04	1,30	1,04	1,14	1,04	2,50	2,17	1,04	1,04	2,05
Emocromo	3,50	4,90	3,17	4,05	4,10	5,30	2,90	4,10	4	3,60	3,50	3,17	4,60	3,17	3,20	3,17	4,50	4,65	3,17	3,17	4,13
Esame urine completo	2,30	4,60	2,17	2,30	2,05	3	1,85	2,30	3	2,60	2,30	2,17	2,30	2,17	2,07	2,17	2,50	2,48	2,17	2,17	2,94
VISITA	22,70	30	20,66	22,50	20,50	29	20,65	18,10	23	18,60	20	20,66	16,50	20,66	20,66	20,66	20,66	19,21	20,66	20,66	20,66

Fonte: Altroconsumo, giugno 2014

Cds

L'indagine

Le pazze tariffe delle prestazioni pagate dalle sanità regionali

Per un prelievo di sangue la tariffa, ovvero la remunerazione pagata dalla Regione alla struttura pubblica o convenzionata che effettua la prestazione, è di circa 3 euro nella maggior parte d'Italia. Nelle Marche invece supera i 6 euro. In questa regione, però, si registra il costo più basso per la prima visita specialistica: 16,50 euro, contro i 30 dell'identica prestazione in Piemonte. E se per un'ecografia completa dell'addome la tariffa è quasi dappertutto 65 euro, in Veneto arriva a circa 111 euro.

Sono solo alcuni esempi (vedi tabella) delle differenze di tariffe pagate dalle Regioni per un'identica visita o per lo stesso esame diagnostico, rilevate da una recente indagine dell'associazione Altroconsumo.

Va chiarito che le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal Servizio sanitario nazionale (e le relative tariffe di rimborso) sono indicate nel Nomenclatore tariffario nazionale, ma ciascuna Regione ha potuto adottarne uno proprio. In questi casi, se la tariffa della prestazione è superiore a quella prevista a livello nazionale, la differenza di costo è a carico del bilancio regionale e non del

64

milioni
Le visite specialistiche eseguite ogni anno nel nostro Paese, pari ad una spesa di circa un miliardo di euro

10

per cento
La quota di visite specialistiche non «appropriate», secondo la Società Italiana di Medicina Interna

Servizio sanitario nazionale.

Ma in che modo le Regioni stabiliscono le loro tariffe? «Sono definite in base a una serie di fattori, come, per esempio, il numero di strutture (pubbliche e private) che erogano quella prestazione e i costi per sostenerla, non necessariamente uguali per tutte le Regioni» spiega la coordinatrice dell'indagine di Altroconsumo, Laura Filippucci.

«Ma è bene ricordare — sottolinea Filippucci — che la variabilità di costi tra Regioni può avere ricadute anche sugli assistiti. Infatti, il ticket che i pazienti sono tenuti a pagare, fino a un massimo di 36,15 euro per ricetta (più il superticket se previsto, si veda articolo sotto), dipende dalle tariffe delle singole prestazioni adottate in ciascuna Regione». Per capirci, ipotizziamo due persone che in due regioni diverse debbano fare gli stessi esami di laboratorio: una potrà pagare, per esempio, 30 euro e l'altra 35 euro, a seconda delle diverse tariffe previste localmente (e le possibili differenze tra le cifre da pagare saranno tante quante le ricette necessarie). Se, invece quei due assistiti dovessero fare un'indagine più costosa, co-

me una gastroscopia, pagherebbero entrambi 36,15 euro, cioè il massimo previsto (più l'eventuale superticket).

Ma torniamo a quanto le Regioni rimborsano alle loro strutture: perché alcune pagano più di altre e in certi casi perfino più di quanto previsto nel tariffario nazionale? Rimborsi «gonfiati», forse?

«In effetti non dovrebbe accadere, perché il rimborso massimo dovrebbe essere quello previsto dal tariffario nazionale — osserva Vincenzo Atella, direttore del Ceis-Centro di studi economici internazionali presso l'Università Tor Vergata di Roma —. Di fatto, però, le Regioni hanno adattato il nomenclatore tariffario alle loro esigenze: per esempio, ci sono diversi tipi di TAC, ma non tutte le Regioni le prevedono, oppure alcune hanno introdotto test di genetica, o accorpano più prestazioni sotto

Tetto previsto

Il rimborso massimo dovrebbe essere quello previsto dal tariffario nazionale

una stessa voce, mentre altre non lo fanno». Insomma, non solo c'è una giungla di tariffe, ma c'è anche una giungla di disposizioni, che rende ancor più difficoltoso un confronto esatto dei costi.

«Capita che siano diversi i codici usati per identificare la medesima prestazione, o che siano impiegati codici uguali per differenti prestazioni, come ha rilevato la recente analisi del Centro studi di Assobiomedica» spiega Valeria Glorioso, coordinatrice dello studio.

«La disomogeneità delle prestazioni garantite pone senz'altro anche un problema di equità nell'accesso alle prestazioni» osserva Esmeralda Plover, che ha effettuato un'analisi comparativa delle tariffe in tre Regioni nell'ambito del decimo rapporto sulla sanità del Creaconsozio per la ricerca economica applicata in Sanità presso l'Università di Tor Vergata a Ro-

Differenze

Le amministrazioni regionali hanno elaborato propri nomenclatori tariffari

ma. Che sottolinea: «Il settore della specialistica ambulatoriale, pur essendo in termini di importanza economica seguente solo a quello ospedaliero e a quello farmaceutico, è oggi quello più carente di informazioni statistiche utili ai fini di un efficace governo».

L'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, sta lavorando per individuare, come già avvenuto con il Programma Nazionale Esiti per le cure ospedaliere, «indicatori di efficacia ed efficienza per l'assistenza sul territorio».

«Il vero cambiamento organizzativo, come prevede anche il Patto per la salute (vedi box a sinistra) — afferma il Direttore generale, Francesco Bevere — passa proprio attraverso l'accelerazione del processo di razionalizzazione della rete di assistenza territoriale. Questo comporterà, oltre a una riduzione di accessi ai Pronto Soccorso, una richiesta più appropriata di indagini diagnostiche. La conseguenza sarà anche una riduzione delle liste d'attesa, che consentirà una risposta più pronta ed efficace ai bisogni di salute dei cittadini».

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per saperne di più
Indagini della Agenzia naz. per i servizi sanitari e del Censis
www.agenas.it
www.censis.it

La variabilità di ticket e superticket causa disparità e «fuga» nel privato

Se la stessa visita specialistica o il medesimo esame diagnostico possono avere un costo diverso per i Servizi sanitari regionali, a parità di prestazione anche la spesa a carico dei cittadini può cambiare. A incidere, oltre alle compartecipazioni condizionate dalle differenze nei nomenclatori tariffari (vedi sopra), sono soprattutto i cosiddetti «superticket».

Lo conferma un recente studio di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, che ha analizzato i provvedimenti regionali sulla compartecipazione dei pazienti alla spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, aggiornati al

primo ottobre. Dove e come si paga il superticket?

Non c'è in Basilicata, Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento, dove si continuano a pagare solo i ticket fino a un massimo di 36,15 euro.

Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna applicano la quota aggiuntiva per ricetta di 10 euro. Le altre Regioni hanno modulato il superticket in base al reddito familiare degli assistiti o sul valore della ricetta.

«La conseguenza di ticket elevati, come già alcune ricerche dimostrano, — dice Isabella Morandi, esperta di Agenas e coordinatrice dello studio — è

la «fuga» dei pazienti dal Servizio sanitario verso strutture private, spesso in grado di offrire prestazioni a prezzi concorrenziali rispetto ai ticket». Aggiunge Carla Collicelli, vice-direttore della Fondazione Censis: «Sempre più cittadini vanno alla ricerca anche su internet di prestazioni a basso costo, magari non certificate o non inserite in percorsi di cura appropriati». E, secondo un'indagine Censis, quasi un italiano su due ritiene il superticket una «tassa iniqua».

«La variabilità nella compartecipazione alla spesa fa aumentare le disparità tra chi può permettersi di pagare per curarsi e chi invece ha difficoltà

economiche — sottolinea Collicelli —. Come evidenzia un'altra nostra indagine, realizzata insieme alla Fondazione Farmafactoring, chi non ha i soldi per acquistare la prestazione nel privato spesso rinuncia del tutto alle cure, soprattutto in territori sguarniti di altri servizi sanitari».

Lo confermano le segnalazioni dei cittadini al Pit Salute

Deriva sociale

Chi non ha soldi sempre più spesso finisce per rinunciare del tutto alle cure

del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva. Dice il coordinatore nazionale Tonino Aceti: «Il peso dei ticket, aggiunto alle difficoltà economiche di molte famiglie, sta diventando insostenibile e spinge i cittadini a rimandare o rinunciare alle prestazioni sanitarie, in particolare quelle di specialistica e diagnostica. E rischia di accentuarsi se, come pare, la revisione delle esenzioni avverrà in base al reddito anche per i malati cronici e rari».

Un altro studio, realizzato dal Ceis-Centro di studi economici internazionali presso l'Università Tor Vergata di Roma, evidenzia che i ticket elevati fanno diminuire la soglia di aderenza alle cure.

«È vero soprattutto per i pazienti che soffrono di malattie croniche e asintomatiche e per coloro che prima dell'introdu-

zione dei superticket seguivano maggiormente le indicazioni fornite dai medici — riferisce Vincenzo Atella direttore del Ceis e direttore scientifico della Fondazione Farmafactoring —. Ma se le persone non si curano e non fanno i controlli necessari, le patologie si aggravano o possono insorgere complicanze, quindi con costi più alti a carico del Servizio sanitario».

«Il sistema di compartecipazione alla spesa — conclude Isabella Morandi — dovrebbe essere ridefinito per assicurare i Livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese e per tutti i cittadini, favorendo anche l'appropriatezza delle prestazioni, cioè inducendo medici e pazienti a prescrivere e richiedere prestazioni solo se servono».

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA