

## Nuovi strumenti per l'analisi della spesa sanitaria

**Ovidio Brignoli**

Vice Presidente SIMG; Presidente Fondazione SIMG

Il titolo del 28° Congresso Nazionale SIMG 2011 contiene tre parole chiave che sono al centro del dibattito moderno sui sistemi sanitari. È possibile coniugare l'equità dell'accesso ai servizi con la qualità delle prestazioni e con la sostenibilità del sistema? Per rispondere adeguatamente a questi quesiti è necessario misurare i bisogni e la domanda di salute della popolazione e la conseguente risposta erogata dal Sistema Sanitario Nazionale, strutturare sistemi di valutazione della qualità delle prestazioni fornite dalla Medicina Generale (anche dalla Medicina Specialistica e Ospedaliera) sulla base di indicatori solidi di processo e di esito e, da ultimo, misurarne i costi per comprendere che cosa è possibile concedere alla popolazione e cosa non è sostenibile con le risorse attualmente disponibili.

La SIMG ha iniziato un percorso di estrema coerenza che ha portato alla costituzione di un database (Health Search) epidemiologico basato su cartelle mediche di un migliaio di MMG.

Un milione di persone di questo paese, immagine fedele della popolazione italiana, fornisce a circa mille medici di famiglia diffusi sul territorio uno spaccato quotidiano dei bisogni di salute. A 13 anni di distanza dalla costituzione del database, possiamo oggi affermare che è possibile costruire una mappa dei bisogni di salute molto articolata e completa, basata su rilevazioni epidemiologiche reali. I dati sono pubblicati ogni anno nel rapporto Health Search.

La seconda parte del percorso è stata affrontata a partire dal 2005, quando sono stati affrontati i temi di come la Medicina Generale si prende cura della popolazione e dei singoli assistiti. Sono stati studiati e approfonditi i temi del *disease management*, della *managed care* e della *clinical governance* e la SIMG si è fatta carico di elaborare una serie di strumenti che permettano al medico di fare una valutazione della propria attività professionale attraverso l'audit personale e di gruppo, e il confronto del proprio operato con linee guida e la medicina basata sulle prove di efficacia.

La cartella medica viene integrata con un cruscotto gestionale che dà al medico la possibilità di valutare i bisogni dei pazienti singoli in relazione alle loro patologie, e anche di avere una visione di insieme dell'intera popolazione di assistiti, e quindi di poter pianificare e programmare gli interventi soprattutto nella presa in carico dei pazienti con patologia cronica che rappresentano circa l'80% dell'attività professionale complessiva del medico di famiglia.

*Il cruscotto chiamato GPG – acronimo di General Practice Governance – e la cartella Millewin sono strumenti individuali del medico, in grado di fornire le motivazioni delle scelte e quindi*

*di valutare le microallocazioni economiche che ogni medico di famiglia compie.*

Ogni volta che viene prescritta una terapia o una indagine diagnostica o strumentale viene staccato un piccolo assegno che viene pagato dal Servizio Sanitario Nazionale.

Ma l'osservazione di questi comportamenti fatta su 1.000 MMG ci ha fornito una serie di indicazioni sulla variabilità dei comportamenti professionali a livello singolo e a livello regionale e, poiché le risorse economiche in sanità sono sempre più ridotte, si è pensato di attuare un progetto che fornisca elementi di valutazione economica in sanità a partire dai dati della Medicina Generale.

Nasce quindi il progetto SiSSI dalla volontà comune del CEIS Tor Vergata e della Fondazione SIMG di dare risposta a una serie di quesiti sulla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario e sulla sua efficienza ed efficacia. Temi, questi, che, sebbene fondamentali per l'impostazione delle politiche sanitarie in Italia, da troppo tempo non hanno trovato una risposta adeguata. È infatti innegabile che da più parti, e a tutti i livelli istituzionali coinvolti, si continui a discutere dei problemi della sostenibilità della spesa sanitaria pubblica e della sua capacità di soddisfare i reali bisogni dei cittadini. A dispetto di tanto parlare, analisi accurate e dettagliate non sono mai state prodotte.

Le decisioni rilevanti continuano a essere prese in base a informazioni provenienti da dati di natura aggregata, relativi alla spesa sanitaria, che al massimo riflettono l'utilizzo dei fondi (in termini di allocazione tra le varie voci di spesa), ma che poco dicono in merito all'efficacia della stessa. Il risultato di tale operare è stato quello di assistere a interventi di contenimento che non hanno evitato la crescita della spesa sanitaria, mentre hanno spesso accentuato condizioni di iniquità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini (razionamento invece di razionalizzazione). Inoltre, se poi a fronte di tali aumenti di spesa vi siano sempre stati miglioramenti nella salute dei cittadini italiani è anche questa una affermazione che fino a oggi raramente è stata difficile provare.

La letteratura internazionale, e alcune chiare evidenze legate alla pratica medica quotidiana, individuano due cause principali della insostenibilità futura della spesa sanitaria sia pubblica che privata:

1. l'aumento della popolazione anziana (che anche in virtù della maggiore longevità, richiede maggiori cure per periodi sempre più lunghi);
2. il progresso tecnologico che mette a disposizione, anno dopo anno, terapie sempre migliori che aiutano nella diagnosi e

nella cura delle malattie, permettendo, cosa non trascurabile, una migliore qualità della vita.

A oggi di tali cause sappiamo davvero poco, così come molto poco conosciamo dei livelli di efficienza ed efficacia del sistema sanitario. In particolare, abbiamo una scarsa conoscenza dell'utilizzo delle risorse disponibili per sesso e fascia di età e del ruolo che il progresso tecnologico ha sui costi complessivi del sistema. L'obiettivo principale del progetto SiSSI è di fornire informazioni dettagliate e precise sull'utilizzo delle risorse nel nostro sistema sanitario, dei relativi costi e della loro efficacia nel determinare il livello di salute della popolazione italiana, cercando per la prima volta di fornire una misura della produttività nel settore sanitario. Fino a oggi analisi di questo genere non sono mai state tentate in Italia per una serie concomitante di motivi. Innanzitutto, nel settore della sanità la misura della produttività non è così semplice come nel caso di altri settori. Il concetto di output sanitario è molto più sfuggente e di difficile misurazione. In secondo luogo, non si è mai cercato di affrontare il problema della sanità in quest'ottica. Inoltre, solo di recente tutta una serie di dati e informazioni utili per tali analisi hanno cominciato a essere resi disponibili in modo omogeneo e sistematico. D'altra parte, riteniamo che tali analisi non sono più procrastinabili nel tempo e che da un punto di vista di politica sanitaria urge avere degli strumenti che possano permettere tali misurazioni. Seguendo un tale approccio sarà più facile discriminare tra interventi (auspicabili) che mirano alla razionalizzazione delle risorse e interventi (sgraditi) che mirano a razionare le stesse. Raggiungere un tale obiettivo è di fondamentale importanza per il governo complessivo della sanità nei prossimi anni. Una tale opera permetterà di discriminare chi – regioni, ASL, ospedali, medici, ecc. – lavora bene (e su quella via incoraggiarlo a continuare) da chi lavora male, e per questi disegnare e implementare provvedimenti che inducano a fare meglio.

La prospettiva che utilizziamo nel fornire queste informazioni è quella dei MMG. I MMG intermediano la maggior parte dei servizi sanitari richiesti dai pazienti. La stragrande maggioranza di prescrizioni per farmaci (> 70%), test diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri è generata dai MMG per conto dei pazienti. In un anno, un MMG visita circa il 60% dei suoi pazienti e tale percentuale sale al 90% nell'arco di tre anni. Per questo motivo il MMG offre un punto di vista oltremodo privilegiato per cercare di capire il complesso mondo della sanità con tutte le sue virtù e i suoi difetti. Tutto ciò è stato reso possibile grazie alle informazioni uniche, a livello di singolo medico e paziente, contenute nel database HS-THALES, integrate con informazioni provenienti da fonti esterne (ISTAT, OSMED, Regioni, ecc.) e dalle successive elaborazioni effettuate, a partire da quei dati, con il modello di microsimulazione SiSSI.

Fatte queste dovute premesse, l'obiettivo principale è quello di presentare una serie di indicatori che permettano, per la prima volta, di guardare il mondo della sanità pubblica italiana da un'angolazione diversa, con lo scopo principale di analizzare la distribuzione e l'evoluzione dei consumi di beni e servizi sanitari da parte dei pazienti e dei relativi costi sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Di particolare interesse per gli addetti ai lavori saranno le analisi condotte sui costi per patologia, i relativi costi di trattamento, oltre agli indicatori di esito sanitario e di costo-efficacia. Per ognuno di

tali indicatori verranno fornite informazioni disaggregate per sesso, classe di età e area di residenza dei pazienti.

Il tema dei costi per patologia (costi standard) è infatti uno degli obiettivi prioritari individuati dal SSN nel piano 2012-2014 e ha come obiettivo la riduzione della variabilità dei costi a livello delle regioni allineandoli a quelli delle regioni più virtuose, mantenendo ovviamente una buona qualità di cure.

Il contributo che la SIMG può offrire alle istituzioni a partire da quelle nazionali per arrivare alle regionali, e addirittura alle ASL, è di altissimo rilievo.

Da una parte ci sono i database dei MMG che sono in grado di fornire, per singolo paziente, le motivazioni delle decisioni allocative, siano esse prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche o riabilitative e di collegarle con gli esiti intermedi. Dall'altra, tramite Health Search, è possibile conoscere i comportamenti di una significativa popolazione di medici che assiste oltre un milione di persone e che quindi è in grado di farci conoscere le variabilità regionali. Questi dati, osservati nel tempo e integrati con i costi generati dalle ospedalizzazioni, permettono inoltre agli economisti dell'Università di Tor Vergata, e al professor Atella che li coordina, di elaborare una serie interessante di valutazioni economiche.

Il progetto della SIMG, oltre a avere una valenza per le istituzioni sanitarie in tema di consumi, di costi e di esiti, è estremamente utile anche per il MMG perché per la prima volta egli è in grado di conoscere in modo complessivo i risultati clinici del proprio operato e di correlarli ai costi che egli ha generato.

Fino a qualche anno fa il MMG era convinto di operare in scienza e coscienza ogni volta che si interfacciava con un paziente ma non aveva strumenti – se non la propria memoria – di valutazione del proprio operato soprattutto nella gestione dei cronici che sono oltre il 30% degli assistiti.

La risposta ai bisogni era quindi immediata e non programmabile, mancando una visione generale del problema delle cronicità, delle comorbidità e delle complessità.

L'introduzione di strumenti come il cruscotto GPG gli permette oggi di fare *clinical governance* avendo una consapevolezza concreta dello stato di salute dei suoi pazienti cronici e quindi potendo programmare una serie di interventi clinici terapeutici e diagnostici per tempo.

Grazie a questo strumento è inoltre possibile non solo pianificare gli interventi ma valutare gli esiti intermedi del proprio operato.

In altre parole, un MMG fornito dello strumento GPG conosce perfettamente la composizione della sua popolazione affetta da patologie croniche. Ad esempio, per i diabetici, sa quanti e quali esami servono nell'arco dell'anno per monitorare l'andamento della malattia, conosce la quantità e il tipo di farmaci erogati ed è in grado di correlare l'esito clinico dell'uso di questi farmaci; è in grado, inoltre, di capire se modificando una terapia – per esempio introducendo un farmaco equivalente – può allargare a parità di efficacia il numero di soggetti da trattare.

Il tema dei *farmaci generici* è parte integrante della sezione introduttiva del 28° Congresso Nazionale SIMG. Il professor Mantovani ha dimostrato la necessità di utilizzare i farmaci a brevetto scaduto anche quando sono disponibili molecole innovative che, per ovvi motivi, devono essere usate appropriatamente. La relazione incentrata sui nuovi farmaci anticoagulanti ha dimostrato che ogni

anno, in Italia, vi sono 130.000 casi di ictus. Di questi, 20.000 sono attribuibili alla fibrillazione atriale, e più della metà – oltre 10.000 casi – sarebbe prevenibile se i nuovi farmaci anticoagulanti fossero disponibili. Questi farmaci sono, in realtà, disponibili in commercio, ma molto costosi per cui la loro sostenibilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale può essere garantita solo a condizione che le terapie con i vecchi farmaci continuino a essere utilizzate in quei pazienti che possono trarne beneficio, indipendentemente dalla disponibilità delle nuove molecole.

I temi trattati dal professor Mantovani tendono, in pratica, a coniugare l'appropriatezza prescrittiva con la sostenibilità del sistema. Questo tema è stato ampiamente trattato nella tavola rotonda incentrata sul tema della nuova nota 13.

La SIMG, per l'occasione, ha prodotto un manuale di consultazione pratica per i MMG dal titolo: "La nuova nota 13 AIFA e i suoi effetti professionali, clinici ed economici". L'obiettivo, perfettamente allineato con i temi del congresso, è quello di mettere a disposizione del medico di famiglia le più recenti acquisizioni scientifiche e le indicazioni d'uso fornite dagli Enti Regolatori e le valutazioni economiche al fine di trattare il maggior numero possibile di pazienti con efficacia e con il minore costo possibile. La Figura 1 fornisce un'ottima simulazione dell'andamento dei prezzi per DDD delle statine prima e dopo la genericazione di atorvastatina e fornisce una chiara visione della liberazione delle risorse che saranno accessibili. La disponibilità di statine equivalenti può aumentare la prescrivibilità di questi farmaci nell'ambito della prevenzione cardiovascolare e, utilizzando adeguati criteri di valutazione del rapporto costo/efficacia, si può arrivare a un notevole risparmio di risorse e, quindi, a un maggiore controllo del tetto di spesa per farmaci da parte dello Stato, e una diversa allocazione delle risorse risparmiate.

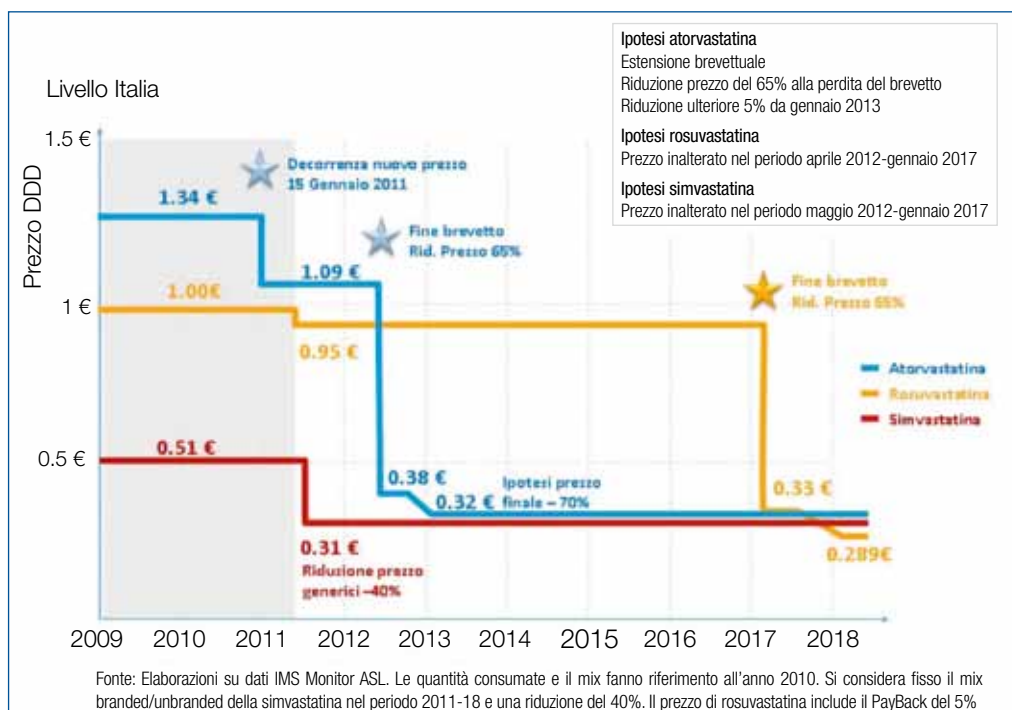
Anche il manuale sulle statine come la cartella Millewin, il cruscotto GPG e il progetto SiSSI testimoniano l'impegno della SIMG nel fornire, attraverso l'elaborazione di questi prodotti, gli strumenti necessari ai medici per inserirsi efficacemente e magari anche in maniera molto critica nei progetti regionali di gestione dei pazienti cronici (come sta avvenendo in Toscana con il *Chronic Care Model*, in Lombardia con i CREG, in Emilia Romagna con le Unità di Cure Primarie Avanzate e in Veneto con le Utap).

Senza questi tools il MMG è in balia di programmazioni che privilegiano gli aspetti di valutazione economica dell'uso dei farmaci o della diagnostica, senza una valutazione degli esiti.

La SIMG, quindi, continua un percorso coerente iniziato nel 1982 – data della fondazione della Società – con l'obiettivo di migliorare la salute del paese attraverso la formazione di professionisti di elevata competenza clinica, forniti dei migliori strumenti e inseriti perfettamente nel servizio sanitario nazionale.

Noi continuiamo a considerarci medici pubblici organici al Sistema Sanitario ma allo stesso tempo critici rispetto a tutto ciò che impedisce o limita l'attività professionale senza fornire benefici ai cittadini.

In questa logica, una delle tematiche affrontate è stata quella delle note per la prescrizione dei farmaci e dei piani terapeutici che consideriamo in gran parte inutili se non addirittura causa di inequità delle cure. La medicina generale che noi rappresentiamo è oggi in grado di prendersi carico dei pazienti e di rendere conto alla parte pubblica dei propri comportamenti e dei propri risultati, senza che le siano imposte limitazioni nell'accesso ai farmaci e alla diagnostica. Solo in questo modo, con un nuovo patto tra SSN, MMG e pazienti è possibile garantire ciò che era nel titolo del Congresso SIMG e che è oggetto di lavoro ed elaborazione quotidiana della Società stessa: equità nell'accesso ai servizi, qualità dimostrata e misurabile nella erogazione delle cure e attenzione ai costi per garantire la sostenibilità del sistema.



**Figura 1.**  
Statine. Simulazione  
andamento prezzi medi  
DDD.