

La diversità delle scelte locali nell'erogazione delle prestazioni e la scarsa attenzione nella

Fisiatria: prescrizioni controllate

L'analisi dell'Asl Roma G: meno interventi nel primo anno, ma dal 2003

DI CARLO DE LUCA
ANTONIO CANNISTRA*

I Lea individuano le prestazioni che il Ssn è tenuto a garantire con risorse pubbliche, provenienti dalla fiscalità generale. Il tutto in base a precisi parametri: la pertinenza, l'efficacia clinica, l'appropriatezza clinica (o specifica), l'appropriatezza organizzativa (o generica).

Concretamente, nel Dpcm del 2001 che ha introdotto i Lea, l'individuazione delle prestazioni è stata realizzata attraverso la stesura di una lista positiva di prestazioni garantite e di tre liste negative di prestazioni escluse o a rischio di esclusione dal Ssn in quanto non pertinenti o di efficacia clinica non dimostrata (allegato 2a), a rischio di inappropriatezza clinica (allegato 2b), a rischio di inappropriatezza organizzativa (allegato 2c). Con tutta evidenza la finalità quindi era quella di condizionare la prescrizione medica vincolandola a precisi criteri qualitativi.

Il "corpus" legislativo dei Lea è considerato un momento fondamentale del processo di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia anche sotto un profilo di bilancio e certamente uno dei risultati attesi era il contenimento dei costi.

Come sempre accade i risultati concreti di una nuova legislazione rappresentano la somma aggregata di impulsi che possono avere segno diverso: la direzione imposta dalla norma nazionale, la sua correzione nel processo di recepimento da parte di Regioni e Province autonome, i naturali meccanismi di adattamento delle realtà locali.

Se la direzione impressa dalla normativa nazionale è in genere precisamente definibile, la sua declinazione in ambito regionale può invece avere espressività molto diversa. Basti pensare che, a poco più di un anno di distanza dall'approvazione del Dpcm 29 novembre 2001, erano stati emanati ben 78 provvedimenti regionali e provinciali finalizzati all'accogliimento dei Lea. Con questi le Regioni avevano proceduto in modo alquanto differenziato alla regolamentazione di aspetti molto importanti della normativa.

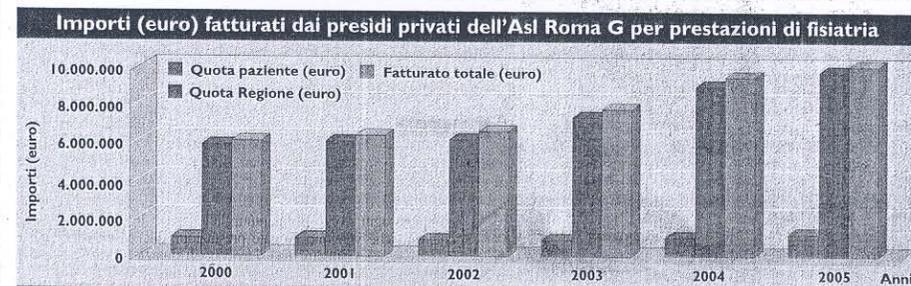
Infine occorre considerare che

nel caso specifico dei Lea la capacità di incidere sulla realtà da parte del legislatore risentiva di un processo che risulava ai medici prescrittori sui quali però si scaricano altri input legati a tradizioni sanitarie locali e relative alle convinzioni dei medici e alle abitudini dei pazienti. L'osservazione di quanto accade nelle diverse realtà locali consente di identificare meglio questi meccanismi che rischiano invece di sfuggire nel contesto di analisi troppo ampie.

Quando ci si appresta a valutare le conseguenze di una così importante e complessa legislazione è importante scegliere alcuni

Anno	Numero di residenti	Rapporto di mascolinità ¹	Età media ± σ	Indice di vecchiaia ²	Indice di dipendenza ³
2000	404.641	96,46	39,09 ± 21,94	92,39%	18,19%
2001	407.195	96,26	39,35 ± 21,97	94,74%	18,54%
2002	410.467	96,15	39,65 ± 22,03	97,31%	18,93%
2003	416.037	96,16	39,92 ± 22,12	99,45%	19,45%
2004	424.932	96,45	40,07 ± 22,13	101,23%	19,68%
2005	435.597	96,86	40,18 ± 22,15	102,61%	19,82%

Fonte Istat: ricostruzione intersensuaria per gli anni 2000-2001, dati anagrafici per gli anni 2002-2005.
¹ Rapporto percentuale tra il numero di maschi e il numero di femmine.
² Rapporto percentuale tra il numero di individui di età ≥ 65 anni e il numero di individui di età compresa tra 0 e 14 anni.
³ Rapporto percentuale tra il numero di individui di età ≥ 65 anni e il numero di individui di età compresa tra 15 e 64 anni.



Anno	Prestazioni		Fatturato totale	
	N.	Variazione percentuale	Euro	Variazione percentuale
2000	1.249.752	-4,96%	5.565.307,42	-7,77%
2001	1.314.934	0,00%	6.033.891,74	0,00%
2002	1.148.189	-12,68%	6.226.932,18	3,20%
2003	1.226.472	-6,73%	7.389.793,45	22,47%
2004	1.408.499	7,12%	8.831.902,81	46,37%
2005	1.515.514	15,25%	9.405.239,65	55,87%

Le variazioni percentuali sono misurate sul 2001, anno di massimo consumo di prestazioni di fisiatria prima della normativa Lea (Dpcm 29 novembre 2001).

Anno	Utenza	
	N.	Utenza
2000	16.403	
2001	16.850	
2002	14.976	
2003	14.358	
2004	15.089	
2005	16.485	

Le variazioni percentuali sono misurate sul 2001, anno di massima terapia fisica prima della normativa Lea (Dpcm 29/11/2001).

aspetti che possano essere considerati espressivi di un andamento generale. A questo proposito una delle novità più importanti introdotte dalla normativa Lea era rappresentata dall'esclusione, a vario titolo, di prestazioni di fisiatria tra le più frequentemente prescritte ed erogate, e il cui onere pesava in misura importante sulla fiscalità generale. Basti pensare che, nel 2002, nella Regione Lazio l'attività di fisiatria ammontava a 15.636.652 prestazioni, pari a circa il 22% del totale, con un fatturato di 81.826.705 euro, pari al 15% del totale della specialistica ambulatoriale.

Nell'ambito della fisiatria l'allegato 2a individuava tra le prestazioni totalmente escluse dal Ssn, in quanto di efficacia clinica non dimostrata, le seguenti: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia Nas, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermentore, trazione scheletrica, ionoforesi, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea,

fotoforesi extracorporea.

Lo stesso allegato 2a individuava inoltre altre prestazioni di fisiatria (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia) che le Regioni avrebbero potuto scorporare e includere nel allegato 2b, quindi con onere a carico della fiscalità generale, con l'obbligo però di fissarne i criteri di erogazione.

Su questi aspetti della normativa le Regioni avevano proceduto in ordine sparso. Alcune (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia) avevano ritenuto di confermare tutte o parte delle prestazioni totalmente escluse contenute nell'Allegato 2a come livello ulteriore da garantire con fondi propri. Inoltre, a proposito di laserterapia, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia e mesoterapia, le Regioni in breve tempo avevano prodotto una normativa alquanto variegata. Al 31 dicembre 2002 alcune Regioni avevano incluso tutte e quattro le prestazioni, altre non ne avevano inclusa nessuna, altre ancora ne avevano incluse solo alcune.

Questo insieme legislativo condiziona una disomogeneità delle modalità di erogazione delle prestazioni di fisiatria che rende certamente difficile una valutazione complessiva di quanto è accaduto in questo ambito sull'intero terri-

torio nazionale. E infatti una tale analisi a tutt'oggi non è stata ancora prodotta.

Da questo punto di vista dunque è ancora più importante procedere a un'analisi di quanto accaduto a livello locale. Per questo è sembrato interessante descrivere i risultati concretamente prodotti dalla normativa Lea in una Asl laziale, la Roma G, che sotto il profilo socio-demografico si presenta come un'area di cerniera tra la realtà urbana di Roma e l'ampia comunità circostante. L'analisi condotta si riferisce all'andamento delle prestazioni ambulatoriali di fisiatria erogate ai residenti della Asl con onere a carico del sistema sanitario regionale. Da sottolineare che nel 2001 l'attività di fisiatria costituiva il 17,45% del fatturato complessivo della specialistica ambulatoriale.

L'analisi. Nell'Asl Roma G il volume di prestazioni fisiatriche si riduce del 20,91% circa nel 2002, ma di appena il 12,31% nel 2003, per poi tornare a crescere nel biennio successivo. Il fatturato complessivo invece subisce una flessione molto modesta nel 2002 per tornare a salire in modo impetuoso già a partire dal 2003. A determinare il fenomeno descritto concorrono tre tipologie di erogatore: i presidi pubblici (ospedali e distretti) e i presidi privati

(accreditati) della stessa Asl Roma G e i presidi esterni all'azienda.

Gli erogatori privati provvisoriamente accreditati che insistono nel territorio dell'Asl hanno sinora mediamente prodotto oltre l'88% delle prestazioni e oltre l'89% del fatturato. Per questa ragione è sembrato importante analizzare in dettaglio quanto accaduto in questa area di erogazione.

Dopo l'approvazione del Dpcm del 2001, nei presidi privati si ha un decremento del numero di prestazioni erogate, ma nessuna flessione del fatturato prodotto, il cui ritmo di crescita è solo modestamente e transitoriamente rallentato.

La quota pagata dagli utenti (in regime di ticket o franchigia) vale mediamente il 6,31% del fatturato totale mentre il restante 93,69% è costituito dal rimborso regionale. La dicotomia tra l'andamento del numero di prestazioni erogate e quello del corrispondente fatturato prodotto dai privati merita di essere esplorata per le sue rilevanti implicazioni economiche.

Non si può certo escludere che a questo fenomeno abbia contribuito una modificazione strutturale della popolazione tale da giustificare un diverso e più oneroso consumo di prestazioni. In effetti nel



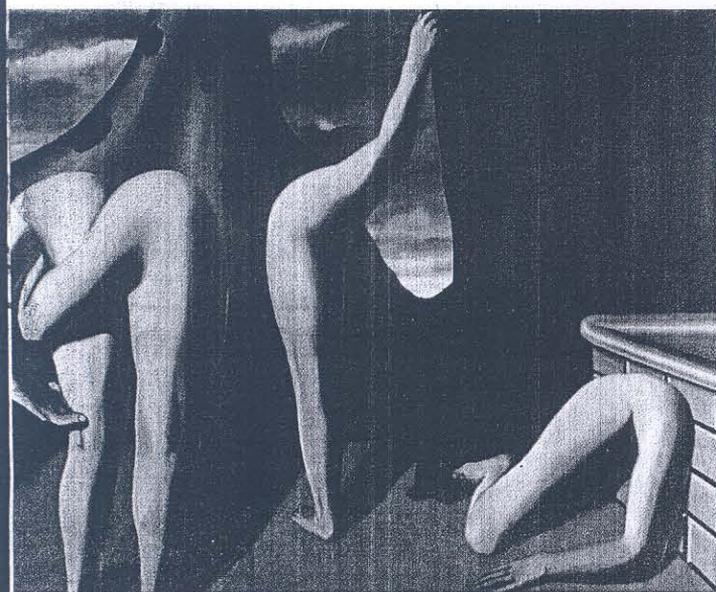
René Magritte - Intervall (1928)

Legge nazionale, basso impatto locale

scelta delle terapie non hanno contenuto la spesa

o Lea senza freni

offerta e costi hanno ricominciato a salire



prestazioni di fisioterapia

Prestazioni per utente	
N	Variazione percentuale
76,19	-2,37%
78,04	0,00%
76,67	-1,76%
85,42	9,46%
93,35	19,61%
91,93	17,80%

autonomia di prestazioni di

che un "contenimento virtuoso dei costi". In altri termini si riteneva di poter controllare la spesa sanitaria con una razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni sulla base di criteri di efficacia clinica, appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa.

Con tutta evidenza l'efficacia clinica costituisce l'elemento centrale di questo processo senza il quale perdono di significato sia l'appropriatezza clinica che quella organizzativa. A questo proposito, autorevoli scuole di pensiero sostengono che sia possibile ancora oggi erogare a tutti e gratuitamente ogni prestazione di documentata efficacia clinica purché si sia disposti a rinunciare agli interventi di cui l'efficacia non è dimostrata. Per questa ragione il contenimento della spesa sanitaria sulla base di criteri di efficacia clinica è divenuto il nodo fondamentale da sciogliere, tanto più per quei Paesi che intendano salvaguardare il carattere universalistico e solidaristico del proprio sistema assistenziale.

Una politica sanitaria basata sull'efficacia clinica non può prescindere dal coinvolgimento dei medici curanti che costituiscono l'elemento centrale del sistema di assistenza anche sotto il profilo della produzione di spesa. D'altronde è noto che una delle principali fonti di spesa sanitaria è rappresentata da una prescrizione medica (di terapie e di indagini diagnostiche) particolarmente dispendiosa, talora non informata ai criteri dell'evidenza clinica e sensibile a stimoli molto diversi.

Negli Stati Uniti si è calcolato che la crescita della spesa sanitaria ambulatoriale (comprensiva

della fisioterapia) è, in misura preponderante, dovuta a elementi demografici e socio-economici generali ma risente ancora, per una quota importante, di fattori produttivi correggibili. È infatti unanimemente ammesso che uno dei meccanismi di produzione della spesa sanitaria ambulatoriale è rappresentato proprio dal corto-circuito che si può stabilire tra domanda e offerta delle prestazioni, esattamente nel senso che la domanda può essere stimolata in misura importante dalla stessa offerta a prescindere da bisogni assistenziali reali.

Le modalità della prescrizione risentono dunque di una molteplicità di fattori. Innanzitutto del convincimento dei prescrittori e a questo proposito occorre rilevare che in uno studio condotto dalla Regione Basilicata il 59% dei medici intervistati contestava l'esclusione dai Lea di alcune delle prestazioni di fisioterapia.

In secondo luogo la prescrizione risente, direttamente o indirettamente, di altri elementi tra i quali

sembra di poter individuare: la pressione esercitata dai pazienti, l'influenza dei consulenti specialistici, la propaganda degli erogatori.

Lo studio presentato dimostra che la risposta prescrittiva può costituire uno dei punti di maggiore resistenza all'implementazione dei grandi orientamenti legislativi. Esso inoltre suggerisce che la piena attuazione dei Lea può realizzarsi solo attraverso una politica di educazione sanitaria e di controllo del sistema della prescrizione.

* Sistemi informativi Asl Roma G (Tivoli)

IPOTESI POSSIBILI ANCHE SUL MODELLO DI CIÒ CHE ACCADE IN ALTRI PAESI

E se invece dei ticket punissimo i cattivi stili di vita?

DI ROBERTO CASELLI

Il crescente invecchiamento della popolazione, nuove forme morbide, le continue innovazioni nel campo delle tecnologie disponibili e nelle tecniche chirurgiche, giustificerebbero da sole il trasferimento, a favore del Ssn, di quote sempre crescenti del prodotto lordo nazionale.

Ma in questa fase, assai critica, dell'economia nazionale ciò sembra proprio impossibile; è già tanto se le quote potranno rimanere invariate.

E allora che fare? Il ministro Turco sta attualmente valutando, in particolare, oltre a una intensificazione della lotta agli sprechi, la possibilità di introdurre ticket sulle prestazioni di tipo alberghiero in occasione di degenze, a carico degli utenti con i redditi più elevati, ma occorre pensare, a parere di chi scrive, anche ad altre soluzioni.

Infatti, grazie all'introduzione nelle aziende sanitarie di nuovi strumenti gestionali, gran parte degli sprechi lamentati negli anni passati sono stati eliminati; certamente si potrà fare ancora qualcosa in quella direzione, ma ormai siamo raschiando il fondo del barile.

Per quanto poi riguarda i ticket collegati al reddito l'esperienza insegna che colpirebbero i "soliti noti", vista la capacità dei soliti "furbetti" a tirarsene fuori: gli evasori non solo pagano meno imposte, ma non pagano neanche i ticket...

È scontato che la salute è un diritto irrinunciabile da parte di ogni cittadino e che il Ssn deve compiere ogni sforzo per garantirglielo, ma è anche vero che vengono erogate prestazioni, anche molto costose a cittadini, che si trovano in situazioni morbose causate, più o meno direttamente, dal proprio comportamento.

Un sistema pubblico deve porsi il problema di come impiegare razionalmente le risorse disponibili, purtroppo limitate, e di giustificare alla collettività, in particolare ai contribuenti, l'utilità di dette destinazioni, anche per maturare il diritto ad avanzare nuove richieste, tenendo conto anche che una quota delle risorse stesse dovrebbe essere destinata alla prevenzione.

Nella situazione attuale, purtroppo, alla prevenzione restano le briciole, dopo aver assolto alle esigenze primarie, non rinviabili, mentre se si potesse investire di più in questo campo, sicuramente ci sarebbero in futuro risparmi nell'erogazione di prestazioni di cura.

Il problema, di natura strettamente politica, rimane quello di individuare un sistema che massimizzi l'utilità delle risorse disponibili per la Sanità, garantendo servizi accessibili a gran parte della collettività. Ricordiamo che, con il Dlgs 299/1999, le Regioni che non riescono a raggiungere l'equilibrio fra risorse disponibili e spesa corrente, già devono introdurre delle forme di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini.

Bisognerebbe pensare allora anche a una diversa forma di partecipazione alla spesa da parte del cittadino, legata in qualche modo ai suoi comportamenti e al suo stile di vita.

Ognuno si dovrebbe sentire responsabile della propria salute e della capacità di migliorarla, ma molti cittadini chiedono prestazioni al Ssn, non solo per curare malattie di tipo virale, genetico, tumorale, infettivo, ambientale, psichico (da quelle cioè da cui non ci si può difendere), ma anche per altre provocate da stili di vita non corretti.

Basti pensare agli effetti nocivi provocati da fumo, droga, alcolismo, comportamento sessuale a rischio, disordine alimentare, piercing, tatuaggi, chirurgia estetica ecc.

E ancora: enormi sono le richieste di cure, a seguito di traumi provocati da infortuni; oltre a quelli subiti sul lavoro, nelle abitazioni, o per eventi del tutto accidentali, ci sono infatti quelli causati dallo svolgimento di attività pericolose, non svolte da tutti i cittadini, quali la guida di un'auto, di una moto e la pratica di alcuni sport.

Alcuni traumi causati da queste ultime attività sono spesso aggravati da comportamenti non corretti, quali, a esempio, la guida dell'auto senza cinture e di una moto senza casco, il superamento di limiti di velocità, il non rispetto della segnaletica, lo stato di ubriachezza o l'effetto di droghe.

Occorrerebbe realizzare un meccanismo che penalizzi in una certa misura chi si trova in una situazione morbosa o abbia, subito un trauma, a causa del suo comportamento; questo non vuol dire che l'accesso alle cure dovrebbe essere precluso o condizionato al pagamento anticipato di quote della spesa.

Le cure dovrebbero essere comunque erogate a tutti, senza alcun filtro, salvo una rivalsa, totale o parziale, a seconda dei casi, del loro costo, prendendo come riferimento, per ogni prestazione, il valore rilevato dai Drg.

Si tratterebbe di misure probabilmente accettate dalla maggioranza dei cittadini, oltre che dalle forze politiche e sindacali, sia perché non verrebbe meno il principio della solidarietà sul quale è basato il Ssn, sia perché ci sarebbero più risorse disponibili per curare le altre malattie o traumi. Inoltre costituirebbero senza dubbio una remora nei confronti dei cittadini, che verrebbero spinti verso una maggiore cura di loro stessi. Se il principio fosse accettato, si tratterebbe di definire delle forme tecniche per rendere operante il meccanismo nel modo più snello ed equo possibile.

Potrebbe essere una struttura a livello regionale a occuparsi della rivalsa, totale o parziale, del costo delle cure nei confronti degli utenti, nei casi in cui sia indiscutibile e documentato il rapporto causa/effetto di certe malattie o in particolare di certi traumi. La quota a carico degli utenti potrebbe variare in relazione a parametri da individuare, di facile applicazione; a esempio il reddito familiare, il tipo di mezzo utilizzato, il tipo di attività che ha causato l'infortunio ecc., dando a ognuno di essi un punteggio, fino ad arrivare al 100% in casi limite.

A esempio un motociclista, con alto reddito o appartenente a famiglia agiata, che si è procurato un trauma cranico, guidando senza casco, a velocità superiore ai limiti permessi, entrando in collisione con un'auto alla quale non ha dato la precedenza nonostante il segnale di stop, dovrebbe rimborsare al Ssn il costo pieno delle cure.

Questo meccanismo potrebbe stimolare il ricorso a polizze assicurative che coprono questi rischi, con clausole ben diverse da quelle contenute nelle polizze esistenti ora sul mercato, che prevedono rimborsi agli assicurati solo nel caso che gli stessi sostengano spese nel settore privato, tanto è vero che viene incentivato il ricorso alle strutture pubbliche con un'indennità giornaliera.

In prospettiva occorrerebbe introdurre, accanto all'obbligo già esistente di contrarre una polizza assicurativa per i rischi Rc, anche quello di assicurarsi contro gli infortuni, per tutti coloro che usano un'auto, una moto e anche per chi va a sciare o a fare alpinismo, o pratica altri sport pericolosi, che preveda il pagamento o rimborso delle cure mediche, dell'uso di mezzi di soccorso, e possibilmente una rendita per invalidità permanente, che possa scaricare lo Stato da impegni analoghi (quali pensioni e indennità di accompagnamento).

Gli importi recuperati introducendo questo meccanismo potrebbero avere un impiego ben definito a priori; a esempio, l'acquisto di nuove attrezzature, il miglioramento dell'assistenza agli anziani, azioni di prevenzione ecc. Fin da ora, inoltre, dovrebbe essere riorganizzato, magari creando una struttura regionale, ove accentrare questo tipo di azioni, il recupero dei costi, già ora possibile per le aziende del Ssn, per il costo delle cure di persone vittime di incidenti stradali, a carico delle compagnie di assicurazione dei responsabili; attualmente infatti, spesso le azioni di recupero non vengono svolte in modo puntuale ed efficace. Finora ogni ipotesi di prendere in considerazione gli aspetti etici che hanno riflesso nel costo delle cure a carico del Ssn è stata scartata, ma è probabilmente giunta l'ora di discuterne senza ipocrisie; su questa strada peraltro non saremmo i primi in Europa: recentemente in Germania è stato infatti raggiunto un accordo in seno alla Grande coalizione, per cui la Sanità pubblica non provvederà più a coprire, a esempio, i costi per le cure derivanti da infezioni dovute a piercing e tatuaggi e per i danni causati da interventi di chirurgia plastica di natura estetica.

Assicurazioni a misura di rischio