

## Le parole d'ordine: efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità

Enrico Materia e Giovanni Baglio, Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio

---

### **Messaggi chiave:**

- *Il primo di discussione del ruolo dell'epidemiologia nello scenario di cambiamento del SSN riguarda i criteri di pesatura della quota capitaria adottati per il riparto del Fondo Sanitario alle Regioni*
  - *Un secondo punto riguarda i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate con i 43 DRG dell'Allegato 2C di DPCM 29/11/01*
  - *Tra le parole d'ordine (efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità) va inserito anche un filo rosso capace di collegarle insieme, la loro integrazione e coniugazione in strumenti di analisi che permettono la loro contemporanea valutazione*
- 

Per discutere il ruolo dell'epidemiologia nello scenario di cambiamento del SSN e il rapporto tra federalismo e rispetto dei principi fondativi del SSN, è necessario partire dai giudizi di valore e dal contesto storico-politico di riferimento.

Ma altrettanto importante è riuscire a distaccarsi dal mondo delle idee, dalle parole d'ordine solenni ma riduzionistiche, per tentare di formulare alcune proposte orientate a trovare soluzioni fattibili ai numerosi problemi del SSN, rispettando i principi di cui sopra.

Bisogna certamente partire dalla premessa: quella della necessità di difendere il SSN che permette, o comunque non impedisce, all'Italia di figurare tra i Paesi a migliore performance in termini di rapporto tra risorse investite nella sanità ed esiti di salute (come testimoniato dal World Health Report della OMS del 2000, pur con tutti i limiti metodologici che l'analisi presenta). Ricordando come vi sia evidenza che i servizi sanitari nazionali, ma anche i sistemi assicurativi sociali - modello Bismark -, sono più efficienti (oltre che ovviamente più equi) nel generare salute rispetto ai sistemi a prevalenza di assicurazioni private.

Scendendo dal mondo delle idee della politica sanitaria alle proposte operative, il primo punto riguarda i criteri di pesatura della quota capitaria adottati per il riparto del Fondo Sanitario alle Regioni.

Come già osservato da altri partecipanti al Forum, questi sono storicamente basati sulla incidenza della mortalità e sulla capacità di offrire servizi piuttosto che su una valutazione dei bisogni che tenga conto delle condizioni socioeconomiche delle popolazioni da servire. Eppure è noto che l'utilizzo dei servizi non sempre rappresenta una stima attendibile dei bisogni, che in Italia la mobilità sanitaria è un fenomeno di proporzioni molto vaste e che lo stato di salute della popolazione è determinato in larga misura dai fattori socioeconomici quali reddito, istruzione e occupazione. Infine è probabile che i gruppi più deboli risentano anche delle modalità con cui la ricchezza è distribuita tra la popolazione. Le regioni meridionali, nonostante presentino una più elevata incidenza di povertà e di disoccupazione, una maggiore concentrazione del reddito e una più elevata mortalità delle fasce vulnerabili della popolazione (in particolare donne e infanti), sono state e continuano ad essere fortemente penalizzate rispetto alle regioni del centro-nord nel riparto del fondo sanitario nazionale. È quindi possibile

affermare che un rilevante problema di perequazione fosse presente già prima che il federalismo ne aggiungesse di nuovi.

Un simile problema di distribuzione delle risorse disponibili in misura proporzionale ai bisogni dovrebbe anche riguardare la remunerazione dei soggetti erogatori se, come vi è evidenza anche in Italia, l'assistenza alle persone più povere richiede, a parità di condizione morbosa, più risorse rispetto a quella delle persone più benestanti. Ciò implica, per il rispetto del principio di equità, una remunerazione differenziata per gli ospedali che operano in aree ad alta incidenza di povertà o ad alta frequenza di ricoveri a carico di pazienti in condizioni socioeconomiche disagiate. I sistemi di classificazione dei ricoveri disponibili - concepiti quando l'efficienza era considerata unica vera "musa ispiratrice" di tutte le riforme - non considerano infatti la dimensione sociale del ricovero, rendendo quindi solo parzialmente raggiungibili quegli obiettivi di equità distributiva che il sistema prospettico ambisce a raggiungere.

Un altro punto riguarda i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate con i 43 DRG dell'Allegato 2C di DPCM 29/11/01. Il Decreto - via italiana al *priority setting* - non prende in considerazione la dimensione dell'appropriatezza clinica anche se questa rappresenta un'altra sfida rilevante per il servizio sanitario, almeno in quelle regioni dove la disponibilità di posti letto chirurgici supera ampiamente il fabbisogno.

Non è possibile valutare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri prescindendo dalla loro dimensione sociale. Queste sono "informazioni che non abbiamo" e che sono necessarie per poter individuare strategie che incentivino l'efficienza senza danneggiare ulteriormente le persone più bisognose. Nel Lazio è stato messo a punto un sistema di valutazione dell'appropriatezza organizzativa basata sui dati correnti che tiene conto della mancata risoluzione della dimensione sociale del ricovero sulla scheda di dimissione ospedaliera. Il metodo, nominato APPRO, stadia per gravità e identifica soglie di ammissibilità dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriata (come indicato anche dal citato DPCM) che inglobano anche la variabilità dovuta ai problemi sociali. Su questa linea di pensiero, è stato presentato al Ministero della Sanità un progetto di ricerca per valutare l'effetto dei fattori sociali sulla valutazione di appropriatezza. Con l'obiettivo di ricercare strumenti gestionali utili per misurare l'appropriatezza (e quindi l'economicità e l'efficienza) ma che non scotomizzino l'equità. In sintesi, tra le parole d'ordine (efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità) va inserito anche un filo rosso capace di collegarle insieme, la loro integrazione e coniugazione in strumenti di analisi che permettono la loro contemporanea valutazione. Questa è una importante funzione che l'epidemiologia può e dovrebbe svolgere all'interno dei cambiamenti del SSN.

Una proposta di modifica - di cui l'AIE potrebbe farsi promotrice - riguarda il debito informativo che le Regioni hanno nei confronti del Ministero della Salute relativamente alle informazioni trasmesse con gli archivi delle dimissioni ospedaliere. La scheda di dimissione ospedaliera dovrebbe consentire, su base nazionale, il riconoscimento della posizione socioeconomica delle persone dimesse (o almeno del loro livello di istruzione), informazioni che attualmente non sono disponibili.

Infine, non va dimenticato il ruolo che l'Epidemiologia può assumere nell'elaborazione di strumenti conoscitivi a supporto di una politica sanitaria più rispondente ai reali bisogni della popolazione, soprattutto delle sue fasce più deboli. Si pensi, ad esempio, al fenomeno dell'immigrazione nel nostro Paese.

Il monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute degli stranieri presenti in Italia consente di individuare le principali aree critiche su cui implementare nuovi modelli di intervento.

L'Epidemiologia potrebbe dare un importante contributo alla conoscenza di un fenomeno oramai stabile e, in qualche misura, strutturale alla realtà demografica e sociale del nostro Paese, che merita di essere seguito e analizzato nelle sue dinamiche più profonde.