

# Sanità in epoca di risorse limitate: il tempo dell'appropriatezza

## Healthcare in a limited resource setting: it is time for appropriateness

**Davide Croce<sup>1,2</sup>, Umberto Restelli<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Centre for Research on Health Economics, Social and Health Care Management (CREMS), LIUC - Università Cattaneo, Castellanza (VA), Italy - <sup>2</sup>School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

**Autore  
per la corrispondenza:**

**Umberto Restelli**  
Centro di Ricerca  
in Economia  
e Management in Sanità  
e nel Sociale (CREMS)  
LIUC – Università Cattaneo  
[urestelli@liuc.it](mailto:urestelli@liuc.it)

**Keywords:**  
Determinants of health;  
appropriateness;  
sustainability.

JHA 2016; 1(1):2-3

DOI: 10.19198/JHA31402

Lo stato di salute di un individuo dipende dalla combinazione dei determinanti di salute, classificati in quattro macrocategorie: caratteristiche dell'individuo, ambiente fisico, ambiente sociale ed economico, azione di Sistemi e Servizi sanitari. I determinanti socio-economici e i comportamenti individuali sono correlati, interessando attivamente le politiche economiche e sanitarie degli Stati. Tra Salute ed Economia, dunque, esiste una relazione biunivoca, anche se il nesso di causa principale è tuttora oggetto di discussione scientifica.

Un'efficiente allocazione di risorse è considerata dal World Health Organization (WHO) tra i punti più importanti nella valutazione degli investimenti che hanno maggiore impatto sullo sviluppo economico (1). Le malattie e uno stato di salute non ottimale, infatti, impediscono tale sviluppo a seguito di una riduzione dell'aspettativa e della qualità di vita, con ricadute dirette sull'aumento di prestazioni sanitarie e sulla riduzione della produttività degli individui.

L'attuale contesto economico ha portato ad una perdita di opportunità di lavoro e all'impoverimento delle fasce intermedie della popolazione, aumentando la sfera della fragilità, deteriorando alcuni fattori determinanti di salute (quali alimentazione e housing), creando il rischio concreto di innescare circoli viziosi come evidenziato da Ruckert e Labonté (2). La crisi finanziaria ha inoltre evidenziato la debolezza degli attuali approcci di politica sanitaria, che hanno spesso inquadrato la salute come fattore comprimibile di spesa, piuttosto che come fattore di crescita.

A rendere critico il contesto presentato è la situazione anagrafica italiana (che presenta un progressivo invecchiamento della popolazione, con una netta prevalenza delle classi di età nate nel secondo dopo-

guerra e conseguente aumento di pazienti affetti da patologie croniche e comorbidità), in aggiunta alla correlazione diretta tra spesa sanitaria pubblica ed età dell'utenza. Infatti, in termini di finanziamento della spesa sanitaria, possono essere individuate tre fasi nella vita di un cittadino: la prima con costi per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) relativamente poco rilevanti, a fronte di un mancato contributo al finanziamento della spesa da parte dell'utente (neonati, bambini e adolescenti); una seconda fase ove le risorse con cui il cittadino contribuisce alla spesa del SSN (tramite la tassazione) sono superiori al suo consumo di risorse; e una terza fase (fasce di età più elevate) in cui la capacità contributiva è inferiore alle risorse consumate (3). È quindi evidente che un aumento della prevalenza di fasce di età elevate nella popolazione possa portare ad una mancanza di copertura della spesa.

Nello specifico contesto dell'infezione da Human Immunodeficiency Virus (HIV), a partire dallo sviluppo delle Terapie Antiretrovirali Altamente Attive (Highly Active Anti Retroviral Therapy, HAART), sono stati introdotti farmaci che hanno portato alla disponibilità di terapie efficaci e con una ridotta tossicità rispetto ai farmaci pre-HAART, diminuendo la mortalità della patologia da HIV (4,5) e rendendola cronica (6).

Il burden della patologia in termini relativi, indagato da Magoni (7) in uno studio condotto nel 2007 in una ASL Lombarda (circa 1,1 milioni di utenti) comparando i costi sanitari diretti legati a differenti patologie, è risultato il terzo più costoso in generale, e il più costoso considerando i soli trattamenti farmacologici. In termini assoluti i costi sanitari diretti dell'infezione da HIV sul SSN sono stati stimati da Rizzardini e colleghi (8), risultando superiori al

miliardo di euro annui.

L'attuale contesto ambientale presenta un finanziamento del SSN in decremento: risulta quindi necessario attivare azioni volte ad un contenimento della spesa legata al trattamento della patologia, senza intaccare l'elevato livello di outcome clinico raggiunto.

Una soluzione può essere quella di migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli esami di monitoraggio della malattia come suggerito da Di Biagio e colleghi su questo numero di JHA (9). Una risposta può giungere anche da un incremento dell'appropriatezza delle prescrizioni (favorita dall'adozione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali - PDTA), con prevedibili ricadute positive in termini di aumento della compliance da parte dei pazienti, riduzione delle tossicità (de-intensificazione delle terapie), diminuzione dell'impatto economico per il SSN grazie ad una minore spesa per farmaci antiretrovirali (privilegiando, a parità di efficacia, l'utilizzo delle terapie meno costose) e per la gestione di eventi avversi.

Giova ricordare il percorso esperienziale di Regione Lombardia, che a partire dal 2011 per il raggiun-

gimento dell'1.7% dell'intero budget del Servizio Sanitario Regionale dovuto all'HIV/AIDS, riteneva opportuno aprire un tavolo tecnico di confronto.

Il lungo percorso multiprofessionale si è basato su un PDTA e su alcune regole generali nel rispetto del principio di responsabilizzazione del professionista prescrittore sul "buon utilizzo" delle risorse economiche. Questo ha permesso di individuare i trend di riferimento e porre attenzione al sistema di raccolta dati e all'organizzazione complessiva del trattamento dei pazienti (rete di offerta).

Le indicazioni di validità del percorso sono date dai risultati economici raggiunti e da uno studio di verifica del comportamento prescrittivo prima e dopo la pubblicazione del PDTA che aveva come obiettivo anche la misurazione dell'outcome clinico. I primi dati mostrano che l'impatto economico è stato favorevole con una diminuzione del costo medio della terapia antiretrovirale di circa il 9% a fronte di una diminuzione della tossicità di circa il 10% e dei fallimenti virologici di circa il 7%.

L'esperienza è chiaramente limitata ma ha mostrato come, se appropriata ed adeguata, la spesa in sanità sia sostenibile. ■

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sachs JD. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Copenhagen: World Health Organization, 2001.
2. Ruckert A, Labonté R. *The global financial crisis and health equity: early experiences from Canada*. *Global Health*. 2014; 10: 2
3. ILO/STEP (International Labour Organization/Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty). 2002. *"Towards Decent Work: Social Protection for Health for All Workers and Their Families."* Geneva.
4. Helleberg M, Häggblom A, Sönnnerborg A, Obel N. *HIV care in the Swedish-Danish HIV cohort 1995 – 2010, closing the gaps*. *PLoS One* 2013; 8: e72257
5. Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, et al. *Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *Lancet* 2014; 384: 1005–70
6. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. *The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease*. *Lancet* 2013; 382: 1525–33
7. Magoni M, Scarcella C, Vassallo F, et al. *The evolving burden of HIV infection compared with other chronic diseases in northern Italy*. *HIV Med* 2011; 12(3): 129–37
8. Andreoni M, Marcotullio S, Puro V, et al. *An update on integrase inhibitors: new opportunities for a personalized therapy? The NEXTaim Project*. *New Microbiol* 2015; 38: 443-90
9. Di Biagio A, Sirello D, Riccardi N. *La conta dei linfociti nel monitoraggio del paziente con infezione da HIV: evidenze per un impiego ragionato*. *JHA* 2016; 1(1): 10-14