

 Marco Cotrufo

Nell'ambito del dibattito apertosi sulla riforma del sistema sanitario inglese, il think-tank CHPI porta la sua attenzione sul fenomeno della frode e le ripercussioni che questo potrà avere in termini economici e di salute. Un fenomeno che rischia di diffondersi a macchia d'olio se si considera che con la riforma del NHS i dipendenti possono diventare soci della struttura in cui operano. E in Italia?

L'approvazione del *Health and Social Care Act 2012* da parte del Parlamento inglese ha sancito l'inizio di un profondo - e probabilmente irreversibile - cambiamento del NHS, il sistema sanitario nazionale inglese[1]. Il dibattito sulle possibili conseguenze sia economiche che in termini di qualità delle cure, però, non si è arrestato, e la riforma è stata occasione per riaccendere la discussione su uno dei settori più complessi del welfare. *Centre for Health and the Public Interest (CHPI)* si propone come uno dei principali attori della discussione, un tink-tank a cui partecipano studiosi di salute pubblica del Regno Unito con l'obiettivo di rendere fruibili per il grande pubblico informazioni e dati che descrivono il funzionamento, l'efficacia ed il costo della sanità[2].

L'ultimo report pubblicato da CHPI[3] ha come oggetto la frode, definita da NHCAA come "raggiro doloso ad opera di persona o ente, con coscienza del fatto che il raggio stesso possa risultare in profitto illecito della persona o ente"[4]. La sanità, infatti, è uno dei settori più esposti alla presenza di comportamenti fraudolenti a causa di molti fattori tra cui l'asimmetria informativa che esiste tra erogatore e paziente, l'inelasticità della domanda - il bisogno di salute, cioè, non varia sensibilmente al variare del costo delle prestazioni - i grandi capitali spesi in sanità, la gratuità - o quasi - di molte prestazioni e la generale fiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni sanitarie[5]. In un articolo pubblicato nel 2008[6], le frodi in ambito sanitario sono classificate in base a chi le compie in tre tipologie:

1. frode dell'erogante il servizio;
2. frode del consumatore;

3. frode dell'assicuratore o di chi paga il servizio.

È la prima tipologia a preoccupare CHPI ed, in particolare, i rischi di frode a cui il nuovo sistema sanitario inglese va esponendosi in seguito alla sua profonda mutazione.

La privatizzazione dei servizi sanitari, infatti, comporterà l'ingresso nel mercato di attori privati, che per loro natura cercano il profitto attraverso sottili e ripetute forzature del sistema contrattuale nel quale sono inseriti. **Il rischio di frode aumenta se si considera anche che con la riforma del NHS i dipendenti possono diventare soci della struttura in cui operano.** Lo stesso personale che sceglie il trattamento più opportuno ed indica per ogni paziente il codice di dimissione in base al quale la struttura riceve compenso, vede il proprio salario aumentare o diminuire anche in base alle prestazioni ed alle codifiche che esso stesso opera. **Il rischio è che medici e infermieri si ritrovino al centro di un palese conflitto di interessi:** il proprio guadagno contro il miglior trattamento per il paziente (che non necessariamente vuol dire più trattamento per il paziente). Le prospettive appaiono a tinte ancora più fosche se si considera che la maggior parte delle aziende private che ambiscono a penetrare nel mercato del NHS - e che già collaborano in ambiti limitati con il pubblico - sono state responsabili di frodi negli Stati Uniti, dove operano in regime di libero mercato. Per citarne alcune: *UnitedHealth* ha truffato il governo statunitense richiedendo rimborsi per pazienti falsamente indicati come ospiti di strutture di lungodegenza[7]; *McKesson* è stata ritenuta colpevole di vendita di farmaci con sovrapprezzo[8]; *Aetna*, *HCA* e *GlaxoSmithKline* sono state coinvolte in episodi di frode ai danni di strutture governative, medici e pazienti[9,10,11].

Alla luce di queste considerazioni, gli esperti d'oltremarica invocano la creazione di una efficace struttura antifrode che sorvegli un sistema in cambiamento ed un servizio sanitario de facto privatizzato. *NHS Counter Fraud Services* - dipartimento del NHS responsabile della prevenzione e risoluzione dei casi di frode - viene ritenuto dagli stessi inadeguato sia per la scarsità di risorse ad esso destinate che per la mancanza di strumenti legislativi adeguati. L'esempio statunitense potrebbe costituire un modello positivo a cui ispirarsi soprattutto per l'adeguamento della normativa antifrode. I due strumenti legislativi portati ad esempio sono il *False Claims Act*, che incentiva economicamente chiunque sia in possesso di notizie di frode nei confronti del governo a denunciare pubblicamente ed il *Deferred Prosecution Agreement* che consente alle compagnie private di evitare un processo per frode in cambio di controlli ulteriori da parte del governo e dopo patteggiamento del risarcimento. Un forte deterrente sarebbe, inoltre, prevedere l'esclusione della compagnia colpevole di frode da rapporti di convenzione con

NHS. È da sottolineare, però, che l'approvazione di leggi ad hoc costituisce solo il presupposto per la lotta alla frode. Questa può essere resa davvero possibile solo con lo stanziamento di risorse economiche e personale specializzato in misura adeguata.

La gestione dell'antifrode presenta due principali problematiche:

1. **il costo:** assicurare il funzionamento di una struttura antifrode efficace comporta l'utilizzo di risorse che inevitabilmente sono sottratte alla cura dei cittadini. In un sistema liberalizzato, inoltre, i responsabili di frode possono essere anche grandi aziende multinazionali con risorse economiche ingenti ed in grado di affrontare spese legali e lunghi processi che impegnerebbero ulteriori risorse pubbliche a fronte di modesti recuperi di crediti, come evidenziato dalle vicende già citate. Il gioco della millantata efficienza del privato vale la candela del diritto alla salute? E' indubbio che tale considerazione sia da tenere in conto nel momento in cui si analizzano pro e contro della riforma del NHS.
2. **La misurazione:** la frode è difficilmente misurabile, essendo un fenomeno complesso e per di più illegale, quindi è difficile misurare anche l'efficacia degli interventi per combatterla. Uno studio pubblicato nel 2012[12] mette in evidenza il ristrettissimo numero di studi metodologicamente affidabili presenti in letteratura sulla rilevazione e risposta alla frode. Nessuno studio è stato ad oggi condotto sulle dinamiche di prevenzione della frode, nonostante l'invito esplicito dell'ONU che già nel 2011 sosteneva " Prevention not cure in tackling health-care fraud"[13]. L'invito va quindi al mondo accademico e della ricerca affinché accenda i riflettori sul problema ed inizi a proporre soluzioni.

Ma il problema frode riguarda anche noi? Un report del 2011[14] stima che nei 6 paesi analizzati (tra cui anche la Francia, con un sistema sanitario prevalentemente pubblico) il costo totale di operazioni fraudolente si aggira attorno al 5.5% della spesa, con picchi del 10%. Potremmo, nell'aprire in vaso di Pandora, scoprire di non essere così distanti da altri, in termini di capitale bruciato in frode e sottratto alla salute dei cittadini. **Per ora l'interesse verso questa problematica sembra essere sopito, come dimostra, ad esempio, l'assenza di partner italiani nel European Healthcare Fraud and Corruption Network[15].** Che sia la parte lesa - ovvero i cittadini - a dover fare il primo passo?

Marco Cotrufo, Allievo di Medicina, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Risorsa

Button M, Leys C. [Healthcare Fraud in the new NHS market - a threat to patient care.](#) [Centre for Health and the Public Interest, 2013.](#) [PDF: 346 Kb]

Bibliografia

1. Maciocco, G. [Il Big Bang del NHS.](#) Saluteinternazionale.info, 02.04.2013.
2. [Chpi.org.uk.](#)
3. Button M, Leys C. [Healthcare Fraud in the new NHS market - a threat to patient care.](#) [Centre for Health and the Public Interest, 2013.](#) [PDF: 346 Kb]
4. [National Health Care Anti-Fraud Association \(NHCAA\)](#) [Ultimo accesso agosto 2013]
5. MK, Sparrow. Sparrow MK (2006) Corruption in health care systems: the US experience. In: Transparency International, Kotalik J, Rodriguez D, editors. Global Corruption Report 2006. London: Pluto Press. pp.16-22.
6. J, Li. Li J, Huang KY, Jin J, Shi J. A survey on statistical methods for health care fraud detection. *Healthc Manag Sci* 2008;11: 275-87.
7. Lewis Krauskopf. [UnitedHealth settles payment suits for \\$350 million.](#) Reuters 01.15.2009
8. Rubenstein S. [McKesson Paying \\$350 Million to Settle Drug-Price Litigation.](#) Wall Street Journal Health Blog, 21.11.2008.
9. Treaster JB. [Aetna to Settle Suit With Doctors Over Payments.](#) New York Times, 22.05.2003
10. [Largest Health Care Fraud Case in US History settled - HCA Investigation nets record total of \\$1.7 Billion.](#) US Department of Justice, 26.06.2003.
11. Rushe D. [GlaxoSmithKline pays £1.9bn to settle US legal inquiries.](#) The Guardian, 03.11.2011.
12. Rashidian A, Joudaki H, Vian T. No evidence of the effect of the interventions to combat health care fraud and abuse: a systematic review of literature. *PLoS One* 2012; 7(8):e41988. doi: 10.1371/journal.pone.0041988.
13. 2011 [WHO, bulletin of the world health.](#) Volume 89, Number 12, December 2011, 853-92889(12): 853-928.
14. Jim Gee, Dr. Mark Button and Graham Brooks. [The financial cost of healthcare fraud: what data from around the world shows](#) [PDF: 2,7 Mb]
15. [Ehfcn.org.](#)[Ultimo accesso agosto 2013]