



Gavino Maciocco

La sopravvivenza del nostro servizio sanitario nazionale è messa a rischio da chi, puntando sullo sfascio, ha pronte soluzioni assicurative (com'è avvenuto in questi giorni in Spagna) e dai sostenitori dello status quo, dai difensori di interessi consolidati che quasi mai coincidono con gli interessi dei cittadini e dei pazienti. È necessario contrastare il metodo dei tagli lineari della spending review. Ma ciò non basta: è necessario riformare in profondità il nostro sistema sanitario. È possibile spendere meno e meglio, migliorando la salute della popolazione e la qualità dei servizi.

È chiaro che intorno alla *spending review* si gioca una partita che ha come posta in gioco la sopravvivenza del servizio sanitario nazionale (SSN). La prospettiva di un SSN sottofinanziato, stremato, reso inefficiente e iniquo da una continua, ripetuta sottrazione di risorse è un invito a nozze per coloro che non aspettano altro per **lanciare la campagna finale a favore di assicurazioni o mutue private.** In Spagna, alla fine dello scorso aprile, è successo esattamente questo: con un Regio Decreto, senza neppure una discussione in parlamento e nella disattenzione generale, è stato soppresso l'impianto universalistico del servizio sanitario spagnolo e introdotto il sistema assicurativo, vedi il post [Servizi Sanitari nel mirino](#) ("Capita che le società sotto shock si rassegnino a perdere cose che altrimenti avrebbero protetto con le unghie e con i denti", [Naomi Klein](#)).

Ma la sopravvivenza del SSN è messa a repentaglio anche dai sostenitori dello status quo, dai difensori di interessi consolidati che quasi mai coincidono con gli interessi dei cittadini e dei pazienti, da coloro che raccontano impunemente la favola del sistema sanitario italiano "secondo al mondo, l'ha detto l'Oms". Ormai è ben noto che quella classifica dell'Oms del 2000 era alterata da gravi bias metodologici[[1-2](#)], mentre meno conosciuta è la classifica dei sistemi sanitari europei prodotta annualmente dall' *Health Consumer Powerhouse*, organizzazione indipendente di Stoccolma, che annualmente produce il rapporto "*Euro Health Consumer Index*". Il documento del 2012 (vedi risorse)

pone **l'Italia al 21° posto su 34 paesi**. Siamo superati non solo dai nostri tradizionali concorrenti (Germania, Francia, Regno Unito, al primo posto in classifica l'Olanda), ma anche da paesi dell'ex Europa orientale come Repubblica Ceca, Slovenia e Croazia.

Dobbiamo ammettere che il nostro sistema sanitario è pieno di falle e di iniquità.

Abbiamo in Italia una delle popolazioni più vecchie del mondo e non si fa niente per porre un freno al dilagare delle malattie croniche. Prevenzione zero anche per paura di inimicarsi le multinazionali del cibo e delle bevande, mentre i ragazzi italiani sono secondi solo ai greci nella classifica europea di obesità e sovrappeso. Innovazione solo negli ospedali e nelle attività specialistiche, mentre poche briciole vanno ai servizi territoriali e alle cure primarie, l'ambito dove sarebbe più appropriato e efficace intervenire nella lotta contro la cronicità. Poiché l'attuale modello di sistema sanitario è basato sui consumi - di farmaci, di attività diagnostiche, di ricoveri - (in larga parte inappropriati, spesso inutili e talora dannosi), i tagli "lineari" si scaricheranno inevitabilmente sulle famiglie, sia in termini finanziari che di impegno assistenziale.

È possibile spendere meno e meglio, migliorando la salute della popolazione e la qualità dei servizi. Per fare questo è necessario un modello di sanità completamente diverso da quello attuale, economicamente sostenibile, attento all'equità e ai bisogni delle persone e delle comunità, orientato al contrasto delle malattie croniche.

Questo nuovo modello di sanità, sperimentato con successo in diverse realtà internazionali, si basa su tre fondamentali pilastri:

1. la prevenzione
2. il coinvolgimento delle comunità e delle persone nei processi di cura
3. la riorganizzazione e il rafforzamento della medicina di famiglia e dei servizi territoriali.

In questo senso, **la prevista riduzione di quasi 18 mila posti letto per raggiungere in tutte le regioni lo standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti è un'occasione per trasferire risorse dal settore ospedaliero a quello territoriale**, per trasformare piccoli e inefficienti ospedali in case della salute. Infatti, la riduzione dei posti letto ospedalieri ha un senso solo se è accompagnata dal rafforzamento di un'offerta di servizi alternativa e più adeguata ai bisogni delle persone.

Infine, come suggerisce il recente post di [Alfredo Zuppiroli](#), **sta anche ai medici promuovere un nuovo modello di sanità basato sulla sobrietà, sull'appropriatezza e sull'efficacia**. Basato sull'idea che si può avere una buona sanità a basso costo, come suggerisce un editoriale del *New England Journal of Medicine*[3], da cui abbiamo tratto

questo brano:

“Noi non tolleriamo l’incertezza. Non volendo che niente di male possa accadere, di riflesso eccediamo nei test e nelle terapie al fine di proteggere i nostri pazienti - e noi stessi. Ci sentiamo giudicati da tutti - da noi stessi, dai nostri colleghi, dai nostri pazienti, dal sistema sanitario, e dagli avvocati. Il significato di “primo non nuocere” è cambiato per noi. Pensiamo che “fare ogni cosa possibile” sia la migliore pratica e la strada per prevenire un danno, con l’idea che ciò ci proteggerà dalle critiche. Noi prescriviamo esami e terapie solo perché sono disponibili, a prescindere dall’appropriatezza, della sicurezza, e della valutazione costo-benefico.” (...) “Chi è realmente il beneficiario quando noi ordiniamo un esame: il paziente, il laboratorio, la compagnia che l’ha prodotto, gli amministratori dell’assicurazione sanitaria, o i loro azionisti? E chi priviamo dell’assistenza sanitaria quando noi spendiamo quei dollari?” (...) “Tutto ciò sta mandando in bancarotta il nostro sistema sanitario, privando molte famiglie dall’accesso all’assistenza sanitaria.” (...). **“Noi dobbiamo insegnare ai nostri pazienti che “più medicina” non è “migliore medicina” e che è il cattivo sistema sanitario a indurre i medici a prescrivere troppi esami e troppi farmaci, e che interventi costosi non significano affatto una migliore assistenza sanitaria.** Allo stesso modo con cui ci interessiamo dei loro bisogni personali, noi dobbiamo spiegare ai nostri pazienti che noi dobbiamo usare le nuove tecnologie mediche con prudenza e saggezza. Una spesa sanitaria indiscriminata non è fiscalmente sostenibile e di fatto impedisce di raggiungere la copertura universale.”

Risorsa

Euro Health Consumer Index 2012: [Report](#) [PDF: 2,2 Mb]. Health Consumer Powerhouse

Bibliografia

1. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001; 20(3):10-20.
2. Murray CJL, Evans DB. Health Systems Performance Assessment, Debates, Methods and Empiricism. Geneva: WHO, 2003.
3. Palfrey S. Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era. *N Engl J Med* 2011; 364:e 21March