

 Gavino Maciocco

È da quattro anni che la spesa sanitaria pubblica italiana rimane bloccata o arretra. Il 2015 doveva essere l'anno del rilancio per la sanità italiana, ma la legge di stabilità appena approvata dal Parlamento annuncia nuovi, pesanti tagli, destinati a rendere sempre più precario il funzionamento del servizio sanitario nazionale e a ridurre progressivamente i diritti dei cittadini. Ma un altro programma di governo della sanità sarebbe possibile.

Quando due mesi fa il governo presentò la proposta di legge di stabilità che prevedeva un taglio di oltre 4 miliardi di euro al bilancio delle Regioni, che si sarebbe in larga parte riflesso sul finanziamento alla sanità, il presidente del Piemonte Sergio Chiamparino parlò di una misura insostenibile e della rottura di un patto d'onore (il Patto per la salute firmato lo scorso luglio) - vedi [post](#). Si avviò allora di una trattativa - poi abortita - tra Regioni e Governo: alla fine i tagli sono stati confermati nel testo approvato dal Senato. Tagli che si aggiungono a una serie di provvedimenti che negli ultimi anni hanno gravemente impoverito la sanità italiana: *"Occorre ricordare che il settore sanitario ha subito tagli cumulati per circa 31,7 mld e che ove il Governo non avesse dato corso alla Sentenza Costituzionale n. 187/2012 (in materia di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria) i tagli sarebbero stati maggiori fino a arrivare "solo" a circa 35,7 mld"*: questo si legge nel parere espresso dalla Conferenza delle Regioni lo scorso 10 dicembre (vedi anche **Tabella 1**, contenuta nel documento delle Regioni), vedi **Risorse**.

Tabella 1. Tagli al Fondo sanitario nazionale

✖ Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Ciò che colpisce in questa vicenda non è solo l'entità e la persistenza della riduzione delle risorse a disposizione del bilancio pubblico della sanità, è anche il silenzio, quasi l'indifferenza, con cui il governo e le stesse regioni (a parte qualche protesta di facciata) accompagnano questi provvedimenti. **Si adotta senza battere ciglio la politica dei ticket, dei tagli e degli esuberi, la stessa raccomandata dalla Troika** (Fondo Monetario Internazionale, Unione Europea, Banca Centrale Europea), di cui si paventa continuamente l'intervento. In **Spagna e Inghilterra** le politiche di austerità sono state accompagnate da riforme radicali del sistema sanitario: nel primo paese il sistema universalistico è stato sostituito con uno assicurativo (ritorno alle mutue), nel secondo è stata smantellata l'intera infrastruttura pubblica del NHS (come se da noi si abolissero ASL e Regioni). In Italia non si procede in riforme così radicali e regressive perché nessuno avrebbe la forza politica di sostenerle, e insieme si assiste all'incapacità di aggiungere alle misure di austerità un qualche ragionamento sensato di politica sanitaria. **Esiste invece un'agenda neanche tanto nascosta per allontanare dal Servizio sanitario nazionale fasce crescenti di utenza (causa ticket sempre più elevati e sempre più lunghe liste di attesa), per trasferire l'offerta dal settore pubblico a quello privato e per creare, alla fine, le condizioni per un ampio ricorso alle assicurazioni sanitarie.** E solo quando lo smottamento si sarà trasformato in una frana rovinosa si farà anche la riforma di sistema. Basta continuare con i tagli, e aspettare.

Figura 1. Ticket pro-capite in euro sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie nelle Regioni. 2013

✖ Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Un programma in quattro punti per combattere la crisi

La mancanza di un programma del governo su come gestire le ormai croniche misure di austerità rende ancora più grave e caotica la situazione nelle singole regioni, ognuna con le sue soluzioni o pseudosoluzioni (vedi megafusioni delle asl), ma alla fine si cadrà sempre lì: aumento dei ticket, tagli del personale, riduzione indiscriminata dei servizi.

Eppure, se vi fosse la volontà politica, non sarebbe difficile proporsi l'obiettivo di tenersi stretto un servizio sanitario nazionale equo e di qualità, pur in presenza di risorse scarse. Le idee e le esperienze non mancano per il mondo, vedi ad esempio i post che abbiamo recentemente pubblicato: di [Nuti e Vainieri](#) e di [Cartabellotta](#).

Quello che proponiamo in questo post è un programma in quattro punti. Quattro punti rigorosamente *evidence based*. Tra le varie fonti da cui attingere utili informazioni segnalo un documento molto istruttivo dal titolo "[Reforming health systems in times of austerity](#)" pubblicato dall'*European Public Health Alliance*.

Il suggerimento dei primi due punti proviene paradossalmente dal programma elettorale del governo conservatore inglese che - dopo aver giudicato un enorme errore la riforma da poco introdotta - cerca di correre ai ripari.

1. La priorità alla prevenzione

"Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le diseguaglianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili", quindi afferma il documento governativo: *"La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del NHS, e la prosperità*

economica dei cittadini britannici dipende ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica”.

Segue un [elenco di proposte](#): dalla lotta all'obesità, al fumo, all'alcol alle misure per migliorare la salute nei luoghi di lavoro e di contrasto alla disoccupazione (causa di disagio mentale e di malattie).

“Le malattie croniche - in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive - sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. **Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico**”. Questo si legge in un articolo di Lancet del 2010[1], che apre una nuova serie di contributi dedicati a “*Chronic Diseases and Development*”. Uno di questi[2] s'incarica di esaminare quali misure sono risultate più efficaci, anche in termini di costo-efficacia, per contrastare la diffusione dell'epidemia di obesità: in capo alla lista ci sono gli interventi per proibire/restringere il consumo e il marketing di “*unhealthy food products*” e per imporre l'etichettatura dei cibi riguardo alle indicazioni nutrizionali e agli effetti sulla salute (come viene fatto per il tabacco), interventi fiscali per aumentare il prezzo di “*unhealthy food products*” e per ridurre il prezzo di frutta e verdura, strategie di comunicazione che aumentano la consapevolezza sui benefici del cibo sano e dell'attività fisica.

Certamente per fare tutto ciò ci vuole una volontà politica che finora il nostro governo non ha dimostrato. Un esempio: **l'OMS, per contrastare il dilagare del diabete, ha recentemente approvato nuove linee guida sull'alimentazione che abbassano dal 10% al 5% la componente di zuccheri nella dieta** (leggi [qui](#)): **il ministero della salute italiano si è opposto** (leggi [qui](#)) .

2. Rafforzare le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria

Il secondo fondamentale obiettivo - contenuto nel documento del governo inglese - è **quello di distruggere le barriere** (The Lancet le chiama “*confini tribali*”[3] **che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l'assistenza sanitaria da quella sociale**. Barriere che erano diventate sempre più alte e insormontabili dopo l'applicazione della riforma del 2013 che riceve così, dopo la riscoperta della prevenzione, un'altra sonora picconata. Al centro della proposta c'è la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, con la creazione di un nuovo modello organizzativo denominato “**Multispecialty Community Providers**” (MCPs), dove le “*practice*”, il luogo

dove lavorano in gruppo i medici di famiglia (*General Practitioners*, GPs) si allargano ad altri professionisti: specialisti di varie branche (dai pediatri ai geriatri, agli psichiatri), infermieri, fisioterapisti, psicologi, farmacisti, operatori sociali. **Principale compito: quello di svolgere ciò che noi chiameremmo “sanità d’iniziativa”:** “i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso pazienti registrati, con bisogni complessi come gli anziani fragili o quelli con malattie croniche, sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali”.

Il **Chronic Care Model** (CCM), il modello su cui si basa l’innovativa gestione delle malattie croniche, richiede una profonda e impegnativa riorganizzazione delle cure primarie, richiede la distruzione delle barriere di cui sopra, ma soprattutto richiede di “sollevare l’orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione” (leggi [qui](#)).

Dopo 15 anni di esperienze in vari paesi il bilancio dell’applicazione di questo modello è estremamente positivo, come dimostra l’ampia letteratura sull’argomento[\[4\]](#). Di particolare interesse sono i risultati conseguiti in **Germania**, dove il CCM è stato attivato fin dal 2003 e dove tra i pazienti arruolati (rispetto a quelli non arruolati) si è registrata una riduzione della mortalità, delle complicanze, delle ospedalizzazioni e, infine, dei costi (leggi [qui](#)).

3. Scegliere saggiamente

Il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l’OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria. Di ciò si sta sviluppando un’ampia consapevolezza come dimostra la campagna “[Choosing wisely](#)” ,lanciata negli USA nel 2012 dalle principali società scientifiche americane di fronte alla constatazione dell’inutilità di tanta parte di accertamenti diagnostici e di trattamenti clinici e anche l’iniziativa italiana “[Slow medicine](#)” che si prefigge di ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriatazza e di dividerle con i pazienti e i cittadini.

Tuttavia non è affatto semplice tradurre una constatazione così evidente e un appello così (apparentemente) ovvio - “scegliere saggiamente” - nella pratica quotidiana dei medici. Ne spiega il motivo molto bene **Iona Heath** in un articolo sul BMJ. *“I medici tutti i giorni temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. Nelle nostre società sempre più punitive i medici temono di essere lapidati pubblicamente. Soprattutto i medici più giovani hanno paura dell’incertezza. Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo. È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché*

la sovradiagnosi e' inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina.

La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute[5].

Iona Heath ha individuato chiaramente le parole chiave per contrastare sovradiagnosi e inappropriatazza, che sono “**continuità delle cure**” e “**relazioni di fiducia**”. Ciò si realizza in un contesto in cui cadono le barriere tra i vari attori dell'assistenza, e c'è quindi la presa in carico di un paziente da parte di un team multidisciplinare, è facilitato il dialogo tra medico di famiglia e specialisti, e c'è condivisione tra diversi professionisti negli orientamenti diagnostici, terapeutici e assistenziali. In un contesto del genere si realizzano più facilmente anche le relazioni di fiducia col paziente, soprattutto se questo viene attivamente coinvolto nel processo di cura.

4. La lotta alla corruzione

Si stima che il 10-25% della spesa pubblica globale sia persa in corruzione[6].

Secondo un documento dell'Unione Europea (*Study on Corruption in the Healthcare Sector*[7]) la corruzione in sanità può assumere varie forme: le “tangenti” (*kickbacks*) sono in testa nell'elenco. Seguono poi: l'appropriazione indebita, gli appalti truccati, le truffe alle assicurazioni, i conflitti d'interessi, *trading in influence*, che si verifica quando una persona abusa della sua influenza nei processi decisionali di una istituzione o di un governo per ottenere vantaggi materiali o anche immateriali, *revolving door corruption*, quando pubblico e privato si mettono d'accordo a detrimento dell'interesse di una nazione (vista clamorosamente all'opera in occasione dell'epidemia influenzale H1N1 nel 2009), clientelismi, favoritismi e nepotismi. **Il documento dell'UE individua anche i paesi maggiormente esposti al fenomeno della corruzione in campo sanitario e non poteva mancare il nostro** (unico tra quelli dell'Europa occidentale), in compagnia di Repubblica Ceca, Slovacchia, Lituania, Croazia, Romania, Bulgaria e Grecia.

È evidente che se il fenomeno della corruzione invade, come da noi, tutte le pieghe della società, anche il settore sanitario ne sia investito in pieno, come testimoniano i continui episodi, grandi e piccoli, di malaffare e di conflitto d'interessi, che non risparmiano nessuno: politici, amministratori, medici, imprese. Contro la corruzione in generale si fa ben poco, come spiega chiaramente Gianrico Carofiglio in un recente articolo su Repubblica[8]. **E ben poco si fa contro la corruzione nel settore sanitario.**

Per la gravità morale e la dimensione economica del fenomeno la lotta alla corruzione dovrebbe entrare a pieno titolo nei programmi di controllo della spesa sanitaria, a livello nazionale e regionale. L'associazione Libera ha lanciato al riguardo l'iniziativa "[Illuminiamo la salute](#)", dove - tra l'altro - si segnala che la sola perdita erariale dovuta all'illegalità in sanità per il triennio 2010/2012 assomma a 1,6 miliardi di euro.

Ben poco si fa contro la corruzione, anche da parte delle istituzioni mediche (Ordini dei medici e Federazione degli Ordini), e non solo in Italia. **"I medici hanno consentito ai loro cani di dormire troppo a lungo per paura, letargia o complicità"** scrive il BMJ in un recente articolo dedicato alla corruzione in sanità[9]. "È tempo di riflettere e di rendere responsabili se stessi e i propri pari. Standard professionali di condotta devono essere instillati il più presto possibile, in forma di training etici fin dalla formazione universitaria. Questi standard etici devono poi essere rafforzati nel corso dell'intera carriera medica per influenzare i colleghi e l'intera comunità."

Risorse

[Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Parere sul disegno di legge recante: disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato \(Legge di Stabilità 2015\)](#) [PDF: 840 Kb]

Bibliografia

1. Geneau R et Al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. Lancet 2010; 376: 1689-98
2. Cecchini M et Al, Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Lancet 2010; 376: 1775-84
3. Editorial. Future plans for the NHS. Lancet 2014; 384:1549.
4. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law 2010; 5(1): 71-90.
5. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. BMJ 2014, 349: 19-21.
6. [Pharmaceuticals & Healthcare Programme](#). Transparency.org.uk
7. [Study on Corruption in the Healthcare Sector](#) [PDF: 2,2 Mb]
HOME/2011/ISEC/PR/047-A2 October 2013
8. [Il gioco facile del corruttore \(Gianrico Carofiglio\)](#), Il blog di Giacomo Salerno, 20.12.2014
9. Jain A, Nundy S, Abbasi K. Corruption: medicine's dirty open secret. BMJ 2014;348:g4184