



SOCIAL NEWS

Rai

Con il patrocinio
Segretariato Sociale
www.segretariatosociale.rai.it

CULTURE A CONFRONTO - MENSILE DI PROMOZIONE SOCIALE

PREMIATO
EUROMEDITERRANEO 2008

www.socialnews.it

Anno 10 - Numero 4
Aprile 2013

Diventare competitivi
di Beatrice Lorenzin

Orgoglio e pregiudizio
di Vittorio Mapelli

**Ticket, con diverso
trattamento fiscale**
di Gilberto Muraro

Uno Stato diviso
Gilberto Turati

Il prezzo della salute
di Ottavio Davini

Costi e benefici
di Gianluca Baio

**C'è bisogno di
governance**
di Nerina Dirindin
e Giuseppe Pisauro

**Le prossime sfide
del SSN**
di Vincenzo Atella

Con il contributo satirico
di Vauro Senesi e
Paolo Buonsante

realizzazione e distribuzione gratuita

...DICA 2014



COSTI E RIFORMA DELLA SANITÀ



COMITATO ITALIANO PROGETTO MIELINA

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1. comma 2, DBC TS

Copertina di:
Paolo Buonsante

Vignette a cura di:
Vauro Senesi
Paolo Buonsante



INDICE

3. **La medicina difensiva**
di Massimiliano Fanni Canelles
4. **Le riforme e i costi della Sanità in Italia**
di Francesca Zanusso e Mattia Pancin
6. **Orgoglio e pregiudizio**
di Vittorio Mapelli
7. **Quale riforma per la Sanità?**
di Antonio Irlando
9. **Diventare competitivi**
di Beatrice Lorenzin
11. **Uno Stato diviso**
di Gilberto Turati
12. **La spesa sanitaria**
di Francesca Zanusso e Mattia Pancin
13. **Ticket con diverso trattamento fiscale**
di Gilberto Muraro
14. **Costi e benefici**
di Gianluca Baio
16. **Le prossime sfide del SSN**
di Vincenzo Atella
18. **Una vita longeva e priva di malattia**
di Marco Paparatti
19. **Medicina preventiva per tutti**
di Valentina Alfarano
20. **La riforma dello Stato sociale**
di Marco Macciantelli
21. **Da dove iniziare**
di Vito Cagli
23. **La legislazione sanitaria**
di Martina Masin
25. **La valutazione delle performance**
di Anna Conte, Antonella D'Adamo, Andrea D'Attis
27. **C'è bisogno di governance**
di Nerina Dirindin
28. **Requisiti di qualità ed equità**
di Francesca Zanusso e Mattia Pancin
29. **Cure compassionevoli**
di Marino Andolina
30. **Il prezzo della salute**
di Ottavio Davini

IL BILANCIO DELLA SANITÀ È IN ROSSO PERCHÈ MOLTE PRESTAZIONI SONO IN NERO... MENTRE IO DEVO MANGIARE SOLO IN BIANCO



I **SocialNews** precedenti. **Anno 2005:** Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto. **Anno 2006:** Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù. **Anno 2007:** Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scolastico, Sicurezza stradale, Affidi. **Anno 2008:** Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Rifiuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia, Salute mentale, Meritocrazia, Riforma Scolastica, Crisi finanziaria. **Anno 2009:** Eutanasia, Bambini in guerra, Violenza sulle donne, Terremoti, Malattie rare, Omosessualità, Internet, Cellule staminali, Carcere. **Anno 2010:** L'ambiente, Arte e Cultura, Povertà, Il Terzo Settore, Terapia Genica, La Lettura, Il degrado della politica, Aids e infanzia, Disabilità a scuola, Pena di morte. **Anno 2011:** Cristianesimo e altre Religioni, Wiki...Leaks...pedia, Musica, Rivoluzione in Nord Africa, Energie rinnovabili, Telethon, 150 anni dell'Unità d'Italia, Mercificazione della donna, Disabilità e salute mentale, Le risorse del volontariato. **Anno 2012:** Inquinamento bellico e traffico d'armi, Emergenza giustizia, Il denaro e l'economia, Gioco d'azzardo, Medicina riproduttiva, La Privacy, @uxilia contro il doping nello sport, Bambini Soldato, Una medicina più umana, Leggi e ombre sul lavoro. **Anno 2013:** Fuga di cervelli all'estero, La legge elettorale, Europa unita: limiti e possibilità.

Direttore responsabile:
Massimiliano Fanni Canelles

Redazione:

Condirettore
Elisabetta Vignando

Capo redattore
Claudio Cettolo

Redattore
La Tipografica srl

Valutazione editoriale, analisi e correzione testi
Tullio Ciancarella

Grafica
Paolo Buonsante

Ufficio stampa
Angela Caporale, Luca Casadei, Alessia Petrilli

Ufficio legale
Silvio Albanese, Roberto Casella, Carmine Pullano

Segreteria di redazione
Paola Pauletig

Edizione on-line
Nicola Tosolini

Relazioni esterne
Alessia Petrilli

Newsletter
David Roici

Spedizioni
Alessandra Skerk

Responsabili Ministeriali
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia),
Enrico Sbriglia (Dirigente Generale Penitenziario con ruolo di Provveditore Penitenziario)

Responsabili Universitari
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica),
Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna),
Maurizio Fanni (Professore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste),
Tiziano Agostini (Professore ordinario di Psicologia all'Università di Trieste)

Periodico
Associato



QR CODE



Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costituzione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente specificato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di collaborazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito.

Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito: www.socialnews.it Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o abbonamenti, potete contattarci a: redazione@socialnews.it

Ufficio stampa: ufficio.stampa@socialnews.it

Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449. Proprietario della testata: Associazione di Volontariato @uxilia onlus www.uxilia.fvg.it - e-mail: info@uxilia.fvg.it

Stampa: **LA TIPOGRAFICA srl - Basaldella di Campofornido - UD - www.tipografica.it**
Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Per contattarci:

redazione@socialnews.it, info@auxilia.fvg.it

SCARICA GRATUITAMENTE DAL SITO
www.socialnews.it



il SOCIALNEWS

**Medicina
riproduttiva**

**Anno 9, Numero 5,
Maggio - Giugno
2012**

Hanno scritto:

Massimiliano Fanni Canelles, Daniela Toniolo, Annibale Volpe e Giovanna Sighinolfi, Eugenia Roccella, Juerg Stamm, Maria Antonietta Farina Coscioni, Fiorenza Bariani e Alessandro Nanni Costa, Marilisa D'Amico, Michela Auriti, Carlo Flamigni, Manuela Simoni, Adele Menniti, Carlo Foresta con Alberto Ferlin e Damiano Pizzol, Andrea Lenzi, Giuseppe Simoni, Marina Baldi, Pietro Litta, Luca Gianaroli, Antonio Irlando, Pasquale Bilotta, Filippo Maria Ubaldi, Eleonora Porcu, Giuseppina Basini e Francesca Grasselli.

SCARICA GRATUITAMENTE DAL SITO
www.socialnews.it



il SOCIALNEWS

**Una medicina più
umana**

**Anno 9, Numero 9,
Novembre 2012**

Hanno scritto:

Massimiliano Fanni Canelles, Gianni Bonadonna, Adelfio Elio Cardinale, Ivano Spano, Paolo Barnard, Fabio Burigana, Sandra Conte, Clara Minisini e Luca Burigana, Dario Urzi e Stefano Clauti, Guglielmo Guerrini, Emilio Minelli, Roberta Zorovini, Antonella Ronchi, Italo Sabelli, Roberto Potocniak, Laura Borghi, Sebastiano Lisciani, Pier Mario Biava, Sylvie Menard, Cristina Cuomo, Dodi Battaglia, Federico Conso, Luca Francesco Ticini, Daniele Pellicano, Marcello Girone Daloli.

Editoriale

La medicina difensiva

di Massimiliano Fanni Canelles

La Sanità è un diritto, garantito dall'articolo 32 della Costituzione, ma sempre al centro di un acceso dibattito. Spesso, il fronte che ottiene maggiore attenzione è quello del paziente, titolare del diritto e dunque attento alla prestazione.

Secondo stime del Ministero della Sanità, la medicina difensiva costa ogni anno una cifra compresa tra i 12 ed i 20 miliardi di euro. Medicina difensiva? Una branca nuova ed innovativa? Al contrario. Si tratta di costi e rischi che i cittadini devono accollarsi a causa del numero impressionante di denunce verso i camici bianchi. È diventata ormai una routine, per i medici, prescrivere – per un eccesso di zelo - prestazioni, esami e farmaci non per far fronte ad un aggravarsi dello stato di salute, ma per mettersi al riparo da possibili cause giudiziarie. Questo costa allo Stato cifre esorbitanti.

Il danno non è solamente economico per l'erario: TAC e radiografie aumentano sensibilmente la dose di radiazioni ionizzanti assorbita dai pazienti. Aumenta, così, il rischio probabilistico di sviluppare alcune neoplasie. Il meccanismo descritto, dunque, può risultare, a lungo termine, gravoso anche per il cittadino. Questa forma di ipocondria diffusa comporta, in parte, anche l'aumento dei tempi d'attesa per visite ed interventi, uno dei temi caldi nel dibattito pubblico sulle disfunzioni della Sanità.

Secondo i dati forniti dall'Associazione che raggruppa le compagnie assicurative (Ania) in 10 anni si è avuto un aumento del 66% delle denunce. Nel 93,8% dei casi, le denunce coinvolgono medici in servizio presso ospedali pubblici. Di questi, maggiormente colpiti sono gli anestesisti (96,8%) ed i chirurghi (98,9%) soprattutto ortopedici e ginecologi. La ricaduta sui costi della Sanità è di circa 500 milioni di euro solo per le polizze di assicurazione professionale, un importo sufficiente a consentire - se risparmiato - un investimento mirato al pareggio dei conti del settore sanitario per almeno 5 anni.

Una soluzione al problema non è solo auspicabile, ma necessaria ed in tempi brevi. L'esplosione dei costi della medicina difensiva, oltre ad affossare il sistema sanitario nazionale, potrebbe configurare uno scenario nel quale sarebbe complicato rintracciare un medico disposto a curare un malato con un alto indice di insuccesso a causa del timore di una denuncia.

Maurizio Maggiorotti, chirurgo ortopedico e presidente di Amami (Associazione dei medici accusati ingiustamente di malpractice) porta l'esempio dell'Illinois "dove non si trova più un neurochirurgo. Ma - prosegue - le esclusioni potrebbero anche riguardare le protesi all'anca di un malato obeso, diabetico e iperteso".

Questa proliferazione di denunce e critiche viene spesso legittimata in virtù di una logica consumistica alla "soddisfatti o rimborsati" che si presta alla spettacolarizzazione e ad essere divulgata attraverso i media. La cronaca, infatti, si limita al fatto sensazionale, all'errore sanitario, proponendo, così, una visione distorta della situazione generale. Al contrario, raccontare la medicina difensiva e il suo costo risulta più complesso. È facile che si inserisca nella scia degli sprechi e delle spese non necessarie dello Stato senza che la sua specificità, e dunque la sua profonda insensatezza, vengano comprese.

È necessario bloccare un gioco al massacro che, per ora, avvantaggia sempre le assicurazioni e gli avvocati e solo qualche volta i pazienti realmente danneggiati.

Francesca Zanusso e Mattia Pancin

Università di Padova - Facoltà di Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani

Le riforme e i costi della Sanità in Italia

Un excursus storico-giuridico ed economico sulle fasi di sviluppo del servizio sanitario italiano: dalle prime riforme di fine '800 sino alla situazione attuale del Servizio Sanitario Nazionale.

Il sistema sanitario è l'insieme delle istituzioni, delle persone, delle risorse umane e materiali e delle loro relazioni (persone, sociali, economiche) che concorrono alla promozione, al recupero ed al mantenimento della salute. Creare salute è il fine ultimo di ogni sistema sanitario e ciò significa, in primis, prevenire la morte, guarire le malattie, alleviare la sofferenza ed impedire la cronicità.

Il sistema sanitario italiano si compone oggi di una rete complessa di sottosistemi che interagiscono tra di loro e nei quali figurano diversi attori, ciascuno con logiche ed interessi particolari. Essi fondano il loro operato sulla tutela alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo così come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

L'Italia è stata la prima Nazione al mondo a compiere la scelta del diritto alla salute per ogni individuo presente: la positivizzazione avvenuta con la nascita della Costituzione è stata figlia di un processo partito agli albori dello Stato sociale e che ha trovato affermazione grazie a diversi fattori determinanti, a partire dai primi interventi di assistenza sanitaria. Il Regno d'Italia promulgò il primo intervento sul tema con la legge n° 2248/1865, rivisitata con la legge n° 5849, nota come legge Crispi-Pagliani. La legge in questione costituì il primo nucleo di norme organiche in materia sanitaria, riuscendo a condurre ad uniformità tutto il territorio del regno. Favorì, inoltre, diverse evoluzioni: dispose la costituzione dei primi uffici sanitari provinciali coordinati dal medico provinciale, si istituirono i primi uffici sanitari comunali e le condotte mediche e ostetriche tramite le quali i Comuni assicuravano i servizi di assistenza sanitaria obbligatoria gratuita ai poveri. La figura del medico condotto che compiva visite a domicilio e garantiva la sua presenza continuativa 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, rimase per quasi un secolo nell'immaginario collettivo e fu soppresso soltanto con la riforma del 1978. A seguito della legge Crispi ci furono successivi interventi che riguardarono prettamente l'assistenza ospedaliera: gli ospedali vennero, all'epoca, inquadrati come Istituzioni Pubbliche di Assistenza o Beneficenza, IPAB, e rimasero in vigore fino al 1968. Riconoscendo progressivamente che la salute dell'individuo rappresentava un patrimonio per la collettività, lo Stato iniziò ad introdurre un nuovo mezzo per tutelarla: le casse di mutua. Nel 1898 vennero introdotte le prime forme sperimentali di assicurazione obbligatoria per gli operai e venne istituita l'INAIL, l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro. Si trattava di un istituto di mutua a carattere volontario ed i lavoratori, soprattutto, contribuirono alla costituzione di un fondo comune da utilizzare per la copertura dei costi derivanti da cure mediche. Le mutue volontarie erogavano, tuttavia, un'assistenza insufficiente anche per gli esigui contributi dei rispettivi soci e lavoratori. Solo grazie all'approvazione di numerose leggi venne superata la limitatezza della copertura della mutualità volontaria. Le leggi in questione riguardavano l'istituzione di enti mutualistici che garantissero agli iscritti ed ai familiari a loro carico un risarcimento per infortuni e malattie. Grazie a tali enti, il sistema mutualistico si consolidò durante gli anni '30 e rimase la base del sistema assistenzialistico sanitario fino al 1978, anno della riforma del Servizio Sanitario Nazionale. In quegli anni, nonostan-

te l'introduzione degli enti mutualistici, milioni di cittadini rimanevano ancora fuori da qualsiasi sistema di copertura sanitaria e quelli che godevano di una copertura mutuale ricevano prestazioni talvolta fortemente differenziate e secondo criteri più o meno restrittivi. Per quanto riguarda le disposizioni in materia sanitaria, va sottolineata l'importanza assunta dal Regio Decreto 1934 "Testo Unico delle leggi sanitarie" che completò e perfezionò tutta la preesistente normativa, e dal Regio Decreto 1938 "Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale degli ospedali" che definì l'organizzazione interna degli ospedali. Il R.D. del 1938 fu solo un anticipo della riforma ospedaliera che avvenne vent'anni dopo. Fu il primo grande intervento legislativo in materia sanitaria dopo lo scatenarsi dei tragici eventi che portarono alla stesura della Carta Costituzionale, con i suoi principi generali innovativi che ancora oggi ispirano la materia sanitaria. Ad esempio: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (art. 32, comma 1,2). Viene così sancita la piena affermazione del diritto alla salute come diritto inviolabile dell'uomo, indipendentemente da ogni discriminazione, e il definitivo riconoscimento del diritto alla sua tutela. La riforma ospedaliera n° 132 del 1968 "Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera" (legge Mariotti) dava parziale attuazione all'art. 32 della Costituzione, elevando l'attività ospedaliera a servizio pubblico rivolto alla cura ed al recupero dello stato di salute dei ricoverati. L'ospedale, inoltre, acquistando piena autonomia, veniva configurato quale struttura fondamentale per la tutela della salute singola e collettiva, di cui si faceva garante lo Stato. La legge Mariotti permise la regionalizzazione degli enti ospedalieri, attribuendo a ciascuna Regione il compito di emanare norme legislative nella materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera", comunque nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato. Paradossalmente, la riforma ospedaliera deluse tutte le aspettative e da più parti si risolse in un fallimento: il decentramento dei compiti e delle funzioni sanitarie alle Regioni era ancora prematuro in quanto quest'ultime cominciarono a funzionare solo nel 1972. Ciò impedì loro di farsi carico di tutte le funzioni attribuite dalla legge del '68. Gli enti ospedalieri erano, poi, ancora inseriti nel sistema mutualistico. Questo conobbe proprio in quei due decenni una prima fase di massima espansione, seguita da una profonda crisi per le incongruenze create dalla legge Mariotti. Sebbene l'assistenza mutualistica si fosse ormai progressivamente estesa a tutti i lavoratori, e più del 90% della popolazione italiana risultasse, di fatto, assicurata, le mutue accumularono ingenti debiti nei confronti degli ospedali ed entrarono in crisi. Questi fattori determinarono la lenta trasformazione del sistema mutualistico verso un sistema sanitario nazionale. L'istituzione del Ministero della Sanità già nel 1958, la crisi delle mutue e la loro soppressione, assieme al completo trasferimento delle funzioni amministrative sanitarie dallo Stato alle Regioni (1977), diedero la spinta a realizzare il nuovo

sistema che comportò la sostituzione di tutte le mutue di categoria con un'unica assicurazione nazionale estesa a tutti i cittadini. L'istituzione del S.S.N. esaudì i precetti costituzionali basandosi sui concetti di universalità della prestazione, gratuità, assistenza secondo il bisogno e finanziamento diretto da parte dell'erario.

LA PRIMA RIFORMA SANITARIA (1978)

La prima legge di riforma sanitaria è la L. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Rappresenta una delle espressioni normative più rilevanti dall'avvento della Repubblica e, nonostante abbia subito numerose integrazioni e cambiamenti, contiene dei principi validi ancora oggi.

Si prefiggeva di apportare sostanziali miglioramenti ad un vasto insieme di prestazioni sanitarie (medico-generaliste ed infermieristiche, domiciliari ed ambulatoriali, specialistiche ed ospedaliere, farmaceutiche ed integrative) operando un salto di qualità decisivo nei confronti del sistema mutualistico preesistente. Il S.S.N. si basa su tre principi fondamentali:

- il principio di universalità, secondo il quale vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;
- il principio di uguaglianza, ovvero garantire a tutti il diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno;
- il principio di globalità, per cui non viene presa in considerazione la malattia, ma, in generale, la persona. Ciò implica, inevitabilmente, un collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

I D. LGS. N. 502/92 E 517/93: LA SECONDA RIFORMA SANITARIA

Il processo di riordino del S.S.N. trovò il suo definitivo punto di svolta nel 1992, attraverso la legge n. 421, con la decisione di razionalizzare e revisionare le discipline riguardanti non solo la materia sanitaria, ma anche quelle relative a pubblico impiego, previdenza e finanza territoriale.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario, i fini possono essere riassunti nell'utilizzazione razionale delle risorse del S.S.N., nell'equità distributiva, nel contenimento della spesa sanitaria e in una migliore efficienza del sistema.

A questa legge si aggiunsero, successivamente, disposizioni correttive ed integrative che portarono al varo del Decreto Legislativo n. 517 del 1993.

Gli elementi essenziali riguardavano:

- la centralità del Piano sanitario nazionale;

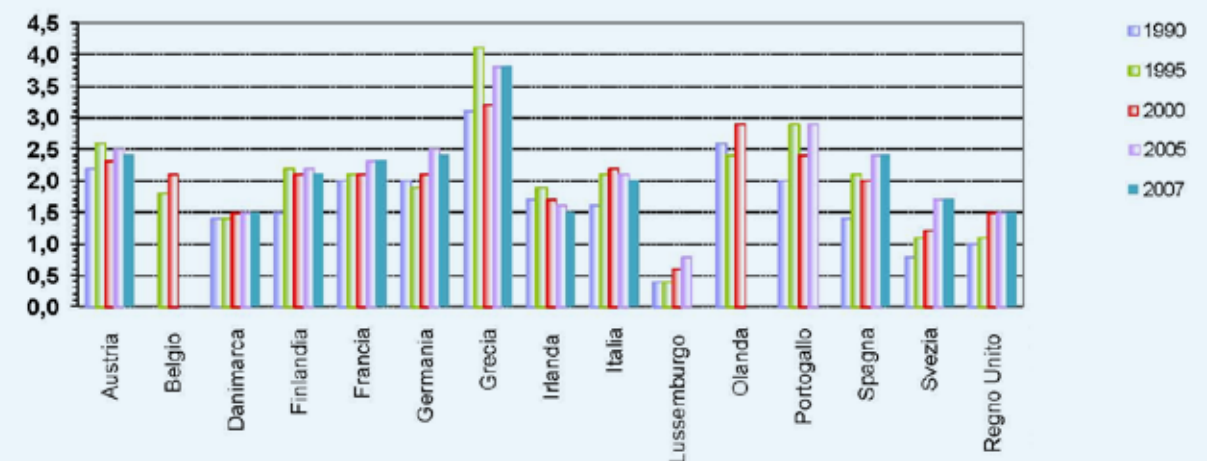
- l'attribuzione alle Regioni della titolarità delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera;
- l'istituzione delle Aziende sanitarie (Aziende U.S.L. e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica e di completa e totale autonomia. Ne conseguiva, quindi, una nuova disciplina sul funzionamento delle U.S.L. e sui nuovi organi dell'azienda U.S.L. e dell'azienda ospedaliera (vennero, infatti, istituite nuove figure, quali il Direttore generale ed il Collegio dei revisori, il Direttore sanitario aziendale ed il Direttore amministrativo);
- la disciplina delle erogazioni delle prestazioni assistenziali, ovvero la separazione delle responsabilità tra erogatori ed "assicuratori" (cioè l'U.S.L.). Si introduceva, così, una sorta di competizione nell'ambito della gestione delle prestazioni, dal momento che queste potevano essere prestate tanto dal presidio pubblico (AUSL o Azienda Ospedaliera) quanto dai presidi privati (case di cura private, ecc.). Il finanziamento derivava dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe stabilite dalle singole Regioni tenuto conto del costo delle prestazioni stesse (prima, il pagamento avveniva con il metodo cosiddetto a "più di lista", ossia tutto ciò che era stato speso veniva rifuso). Venne poi tutelata la libera scelta del cittadino, il quale poté scegliere dove andare a curarsi proprio grazie al fatto che la prestazione veniva pagata secondo un tariffario nazionale individuato dal Ministero ed integrato dalle Regioni. In cinque anni, però, venne data attuazione solo ad una parte della seconda riforma sanitaria.

IL D.LGS. N. 229/99: LA TERZA RIFORMA SANITARIA

Il D. Lgs. n. 229 del 1999 (riforma Bindi), a norma di legge 419/98, si trovò in netta controtendenza rispetto alla normativa precedente. Il fine di questa riforma era quello di garantire a tutti i cittadini uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari ed assicurare livelli uniformi ed adeguati di assistenza su tutto il territorio nazionale. Con questa riforma si completò il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione del S.S.N. Basato su norme più efficaci, si ampliarono le responsabilità delle Regioni e si svilupparono le autonomie locali, si resero più trasparenti i rapporti fra soggetti, pubblici e privati, si sviluppò la partecipazione dei cittadini, si valorizzò la professionalità degli operatori e si attribuì ai medici un ruolo di primo piano all'interno dell'azienda sanitaria. Si promosse, infine, l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale.

SPESA SANITARIA PRIVATA

In percentuale del PIL



Fonte: OECD HEALTH - Aggiornamento novembre 2009

Vittorio Mapelli
Professore Associato di Economia Sanitaria presso l'Università degli Studi di Milano.
Già Presidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria

Orgoglio e pregiudizio

Gli Italiani non amano il Servizio sanitario nazionale per l'eccesso di burocrazia, la disorganizzazione endemica dei servizi, le lunghe liste d'attesa, le code in ambulatorio, la mancanza di informazioni. Se si guardano i dati si scopre, invece, che il Ssn è un sistema che garantisce una speranza di vita tra le più alte al mondo ed un tasso di mortalità standardizzato tra i più bassi in assoluto.

Pronti soccorsi affollati, sprechi, tangenti ai politici, liste d'attesa lunghissime. È questa la Sanità italiana? Nell'immaginario collettivo è senza dubbio questa, ma la Sanità vera, per fortuna, è altra cosa. Gli Italiani danno un giudizio severo sul Servizio sanitario nazionale e da sempre ne hanno un'immagine negativa. Ma conoscono solo mezza verità.

LA SANITÀ SECONDO GLI ITALIANI

Secondo un sondaggio dell'Unione Europea, gli Italiani soddisfatti per la qualità dei servizi sanitari sono appena il 54%, rispetto all'87% degli Inglesi ed al 91% dei Francesi. (1) Solo in Portogallo, Grecia (25%) e nei Paesi dell'Est europeo si riscontrano percentuali più basse. Secondo un altro sondaggio della Gallup tra i Paesi Ocse, solo il 53% degli Italiani ha fiducia nel sistema sanitario, peggio che in Turchia (67%) e Messico (74%), e ben lontano da Francia (83%) e Regno Unito (73%). La distima degli Italiani è tale che solo il 15% giudica il proprio servizio sanitario migliore di quello altrui, contro il 55% dei Francesi ed il 53% dei Tedeschi. Anzi, il 37% ritiene che sia peggiore di quello di altri Paesi. Gli Italiani non sembrano entusiasti della qualità dei servizi pubblici, anche se li promuovono. Solo il 34% giudica di buona qualità l'ospedale ed il pronto soccorso, il 43% il medico di famiglia, il 32% gli ambulatori ed i consultori. (2) Le percentuali superano il 90% includendo i giudizi di sufficienza. Secondo un'indagine Eurispes, l'insoddisfazione degli Italiani per i servizi sanitari pubblici è molto alta (61%), in particolare per i tempi di attesa e la qualità dell'assistenza ospedaliera. (3) Eppure, tra le persone che hanno fatto esperienze dirette dei servizi, la percentuale di chi è soddisfatto è molto elevata: 88% per l'assistenza medica ed infermieristica ricevuta durante il ricovero, 68% per il vitto, 78% per i servizi igienici. (4) E, nonostante tutto, l'85% degli Italiani oggi – dopo trent'anni – non vorrebbe un sistema diverso dal Ssn. (5) Gli Italiani non amano il loro servizio sanitario per l'eccesso di buro-

crazia, la disorganizzazione endemica dei servizi, le lunghe liste d'attesa, le code in ambulatorio, la mancanza di informazioni. Sul servizio sanitario pubblico pesa ancora l'ombra della "malasanità", delle truffe antiche e recenti che periodicamente emergono, degli episodi di "malpratica" medica, fino a pochi anni fa tenuti nascosti, ma oggi denunciati al Tribunale dei diritti del malato. Non amano la doppia morale dei medici e degli ospedali, che a pagamento permettono di aggirare le code e ottenere all'istante una prenotazione che richiedeva mesi. Non amano l'ingerenza dei partiti nella nomina dei direttori e nella gestione della Sanità.

I DATI OGGETTIVI

Il quadro cambia radicalmente, però, se si guarda ai dati oggettivi del sistema, non alle percezioni degli intervistati. Il Ssn è un sistema che garantisce una speranza di vita tra le più alte al mondo (81,8 anni nel 2009, al terzo posto dopo Giappone e Svizzera) ed un tasso di mortalità standardizzato tra i più bassi in assoluto (483,3 per 10.000 abitanti, al quarto posto). (6) La speranza di vita aggiustata per la disabilità (Hale) è la terza al mondo (74 anni nel 2008) e gli anni persi per morte prematura o svalutati per la disabilità (Daly) sono i più bassi (8.985 per 100.000 abitanti), dopo il Giappone. (7) Anche se i più perfidi possono insinuare che sia merito della geografia, del clima e della dieta mediterranea, la mortalità attribuibile (amenable) al sistema sanitario smentisce questa tesi, confermando che l'Italia ha un sistema sanitario di eccellenza, collocato al terzo posto al mondo, dopo Francia e Islanda, secondo i criteri di Nolte e McKee (65 decessi evitabili per 100.000 abitanti). (8) La Germania figura al sedicesimo posto, il Regno Unito al diciannovesimo e gli Stati Uniti al ventiquattresimo posto. L'Italia è sempre ai primi posti nelle classifiche internazionali. Dunque, di che cosa si lamentano gli Italiani? Pochi conoscono queste statistiche, che ci dovrebbero rendere orgogliosi e fare amare il nostro servizio sanitario pubblico. Una grande

conquista di civiltà ed un crogiolo di identità nazionale. Certo, c'è la Sanità del Nord e del Sud, ma ogni Paese ha il suo Mezzogiorno. E ogni Paese ha i suoi scandali, i suoi sprechi, la sua malasanità. Compresi gli Stati Uniti, dove tutto è anche più grande (da 500 a 800 miliardi di sprechi all'anno). (9) Eliminare sprechi, inefficienze e tangenti è sacrosanto e va fatto subito. Ma, forse è il momento che ci riconciliamo con noi stessi e impariamo ad apprezzare le nostre eccellenze.

- (1) European Commission (2010), Patient safety and quality of healthcare, Special Eurobarometer, 327, Brussels
- (2) Ministero della Salute (2010), Cittadini e salute. La soddisfazione degli Italiani per la Sanità (Indagine del Censis), Quaderni del Ministero della Salute, n. 5
- (3) Eurispes (2011) Rapporto Italia 2010, Roma
- (4) Istat (2010) La vita quotidiana nel 2009, Roma
- (5) Sondaggio effettuato da Salute-La Repubblica, 11 dicembre 2008
- (6) Oecd 2011 Oecd Health Data 2011, Paris
- (7) Rispettivamente, Oecd 2011 Family Database, Paris; e World Health Organization (2008), The global burden of disease: 2004 update, Geneva
- (8) Gay J.G., Paris V., Devaux M., de Looper M. (2011), Mortality amenable to health care in 31 Oecd countries, Oecd Health Working Papers, n. 55
- (9) M. Fox, Healthcare system wastes up to \$ 800 billion a year, Health and Science Editor, Washington, Oct 26, 2009

Pubblicato su www.lavoce.info
il 3 maggio 2012

SPESA SANITARIA



Fonte: ISTAT

Antonio Irlando
Dirigente medico Ass4 Medio Friuli

Quale riforma per la Sanità?

Gli Italiani hanno a disposizione un portafoglio Sanità inferiore del 34% rispetto a quello dei cittadini dell'Europa. Su questo scenario si affaccia una serie di ipotesi e prospettive sulla possibile riorganizzazione sanitaria dei Paesi europei. Un'azienda farmaceutica multinazionale ha sponsorizzato uno studio dell' "Economist Intelligence Unit" per delineare i possibili scenari dell'assistenza sanitaria in Europa nei prossimi anni.

La necessità di una riforma sanitaria è diventata improrogabile. Nel 2012, il premier Monti aveva lanciato l'allarme: "Se non si individueranno nuove modalità per servizi e prestazioni, la sostenibilità futura del nostro Sistema Sanitario potrebbe non essere garantita". Subito dopo è arrivata la riforma Balduzzi. Avrebbe dovuto rivoluzionare la Sanità italiana: portare i medici di base ad associarsi con studi aperti tutto il giorno, riordinare l'attività intramoenia dei medici ospedalieri, rivedere i livelli essenziali di assistenza, riorganizzare, infine, gli standard ospedalieri. Il decreto Balduzzi è legge dal novembre scorso, ma non sono ancora effettivi oltre 20 decreti attuativi, sui quali Regioni e Governo si stanno dando battaglia. Le Regioni contestano i tagli e l'impianto stesso della riforma. Secondo dati recenti dell'Università Tor Vergata, gli Italiani hanno a disposizione un portafoglio Sanità inferiore del 34% rispetto a quello dei cittadini dell'Europa a 10. Su questo scenario caotico, e per certi versi inquietante, si affaccia una serie di ipotesi e prospettive sulla possibile riorganizzazione sanitaria dei Paesi europei. Un'azienda farmaceutica multinazionale ha sponsorizzato uno studio dell'"Economist Intelligence Unit" per delineare i possibili scenari dell'assistenza sanitaria in Europa nei prossimi anni. La prima possibilità, etichettata "Trionfo della Tecnologia", prevede che il 20% del PIL europeo venga investito nel progresso tecnologico. La Sanità diventerà un investimento più che un costo e l'economia stessa spingerà il mondo dell'imprenditoria; le industrie farmaceutiche rappresenteranno il volano della crescita. Perseguendo questo modello, si è stimato che, nel 2030, si potranno curare molte malattie croniche legate all'età, mentre la diagnosi precoce compirà grandi progressi. La rete sanitaria informatica sarà in grado di monitorare costantemente la salute dei cittadini e di affiancare il medico curante nelle decisioni e nelle prescrizioni. Accordi tra industria e Governi volgeranno a favore del progresso tecnologico. I finanziamenti deriveranno da imposte e premi assicurativi più elevati, ma il costante aumento della produttività e la contribuzione di una vita lavorativa più lunga favoriranno la crescita; inoltre, l'attrazione dei mercati azionari e dei loro capitali verso l'industria sanitaria inciterà gli investimenti privati riducendo quelli pubblici. A questa ipotesi si potrebbe obiettare che soluzioni high-tech non sono sempre sufficienti per risolvere problemi sanitari complessi e che l'industria, attratta da interessi economici, potrebbe privilegiare maggiormente la cura di patologie tipiche di Paesi ricchi a scapito di quelli poveri. Una seconda ipotesi di riforma prevede l'istituzione di un Sistema Sanitario pan-europeo per razionalizzare i costi, uniformare i modelli di finanziamento ed equilibrare gli standard di assistenza. Il modello European Healthcare System, con sede a Bruxelles, ha il compito di creare dei Centri di Eccellenza, ognuno specializzato nella cura di specifiche patologie: i pazienti potranno recarsi presso i rispettivi centri di riferimento per ricevere cure mediche di

alta qualità e poi accedere al controllo tramite sistemi di e-health on-line. Si dismetteranno, così, numerosi ospedali, con grande risparmio di risorse e successivo utilizzo della forza lavoro modificandone i compiti e le aree di interesse. I professionisti saranno incoraggiati a lavorare nei Centri di Eccellenza più rispondenti alle loro competenze. I finanziamenti di questo modello deriveranno da aumenti dei premi assicurativi a carico dei cittadini. La critica a questo scenario potrebbe essere che le decisioni politiche nei singoli Paesi risulterebbero sicuramente sgradevoli, che il ruolo dei medici di base diventerebbe fortemente secondario e che molti pazienti potrebbero continuare a preferire cure mediche erogate vicino alla propria abitazione.

Altro ipotetico scenario è quello del "Wellness", la massima attenzione dei Paesi europei alle cure per tutelare il benessere psico-fisico dei cittadini. Si ambirà alla riduzione delle patologie collegate a comportamenti salutisticamente scorretti ed all'innalzamento della produttività lavorativa. Già con la riforma sanitaria del 2014 si potrebbe privilegiare la prevenzione delle malattie cardiovascolari, respiratorie e del diabete; si darebbe priorità assoluta alle campagne vaccinali, alle cure per gestanti e neo-mamme, ai programmi nutrizionali, alla costruzione di strutture sportive ed abitative a massima efficienza e sicurezza ed all'abbattimento dell'inquinamento. Gli alimenti ricchi di grassi, zuccheri e sale e gli alcolici verranno pesantemente tassati. Programmi benessere realizzati su larga scala forniranno a tutti un supporto per l'adozione di stili di vita salutari. Le previsioni indicano che il costo sostenuto nel 2008 dalla UE per la cura delle malattie cardiovascolari, circa 192 miliardi di dollari USA, nel 2030 risulterà dimezzato; si ridurrà, inoltre, significativamente, la frequenza di obesità, ipertensione arteriosa, elevazione del colesterolo. L'età pensionabile si eleverà da 70 a 72 anni. I finanziamenti del sistema avverranno in forma tradizionale (fiscali e/o assicurazione), ma la tassazione dei prodotti alimentari potenzialmente dannosi sarà addebitata direttamente al servizio sanitario; i cittadini in buona salute saranno premiati con riduzione delle imposte e dei premi assicurativi. Qui le critiche derivano dalla probabile lentezza nel raggiungimento degli obiettivi e dal fatto che il sistema sarebbe troppo dipendente dalla cooperazione attiva dei cittadini.

Un altro quadro di riforma sanitaria possibile prevede l'investimento di gran parte delle risorse per la salvaguardia dei gruppi più vulnerabili della società, ovvero anziani, poveri, persone con disturbi mentali, minoranze etniche, coinvolgendo anche interi Paesi dell'Est con basse aspettative di vita. Il progetto parte dalla legge europea per il supporto alla vulnerabilità (EASV), naturale proseguimento del programma "Determine 2007-2010" finanziato dalla UE. Si è stimato che le disparità esistenti tra i 25 Stati membri, determinate da basso reddito, disoccupazione, basso livello di istruzione, ambiente degradato, riducano l'aspettativa di vita sana di circa 5,1 anni. Per i gruppi vulnerabili, le cure

mediche rientreranno in uno spettro più ampio di servizi, tra i quali l'assistenza a domicilio e la promozione dell'integrazione sociale. I benefici saranno minori per i soggetti non identificati come vulnerabili i quali, oltretutto, dovranno stipulare assicurazioni private. Le criticità del sistema dipendono dal rischio di discriminare interi settori della popolazione, mentre ci si potrebbe imbattere nel rifiuto dei medici di curare solo individui selezionati.

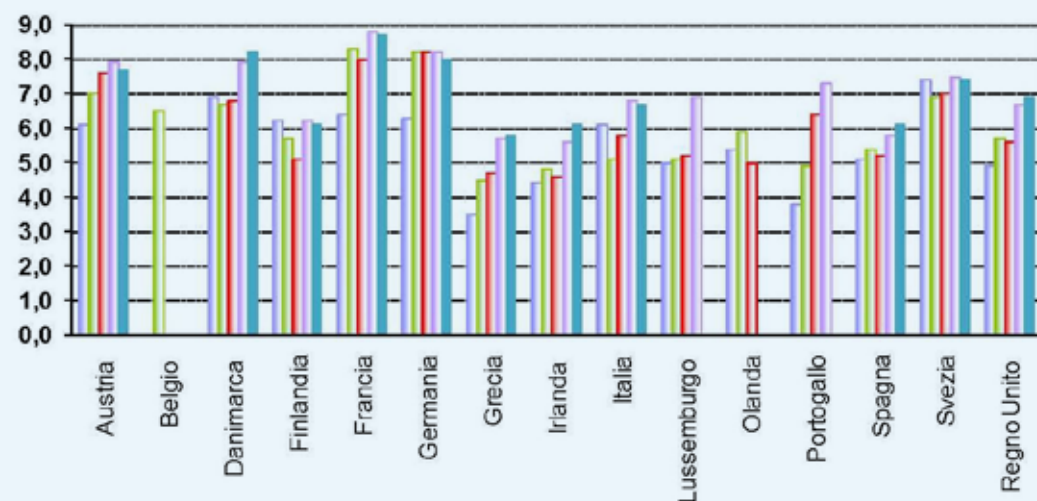
Da ultima, la riforma che prevede la privatizzazione completa: la Sanità sarà finanziata dall'assicurazione privata, in maniera simile al Medicaid statunitense. Dal 2030 il settore privato subentrerà totalmente nel finanziamento, nella gestione e nell'erogazione delle cure sanitarie. Tutti i Paesi europei si affideranno a provider privati, mentre solo una piccola parte dell'organizzazione sanitaria resterà a carico dello Stato, per sostenere le fasce più povere della popolazione. I Governi si occuperanno, soprattutto, di migliorare i livelli di istruzione sanitaria dei cittadini. Si renderà

obbligatoria l'assicurazione sanitaria per tutti, anche per i soggetti portatori di patologie croniche e rischi elevati, in genere esclusi da queste polizze. Le compagnie assicurative, inizialmente frammentate, andranno incontro a fusioni ed acquisizioni, tanto che si prevede che, dal 2030, l'80% delle risorse sarà gestito solo da 5 grandi imprese. Queste compagnie investiranno i loro capitali nell'acquisto di ospedali e provider di cure. In questo sistema, la criticità potrebbe dipendere dal fatto che i giovani e le persone sane, per risparmiare denaro, sarebbero tentate di sfuggire all'obbligo dell'assicurazione privata, ci sarebbe il rischio di ridurre l'innovazione nei settori medici tradizionali e potrebbero verificarsi difficoltà ad affrontare eventuali pandemie.

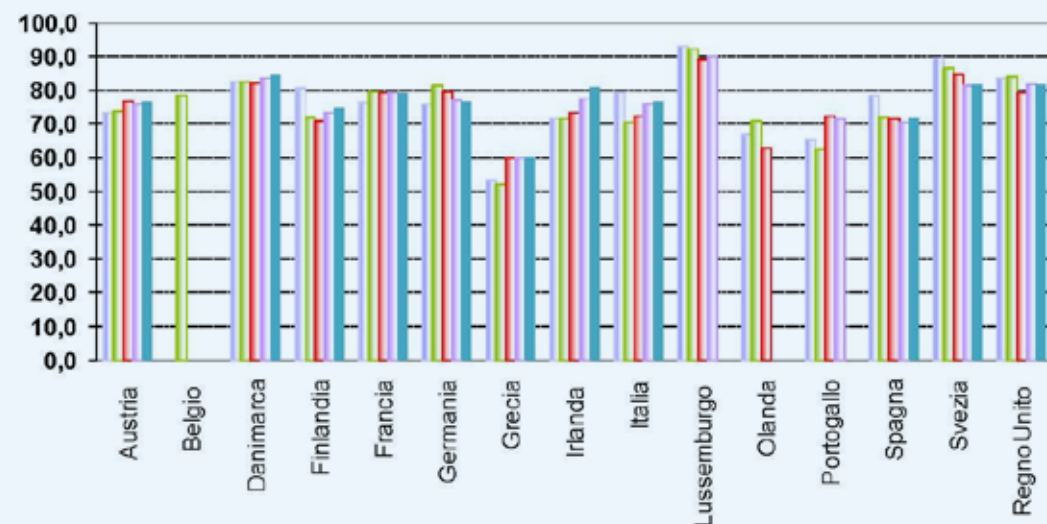
In conclusione, il lavoro dell'Economist ci propone scenari futuri in apparenza lontani dalla nostra realtà. È molto probabile, però, che proprio uno di questi permetterà alla nostra salute di non soccombere sotto il peso della crisi e dei tagli alla spesa.

SPESA SANITARIA PUBBLICA

In percentuale del PIL



In percentuale della spesa sanitaria totale



Fonte: OECD HEALTH - Aggiornamento novembre 2009

Proposte di riforma

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

Diventare competitivi

Non è più possibile pensare ad un modello di assistenza orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali, ma dobbiamo preoccuparci di rendere competitivo il modello italiano in Europa. Dobbiamo rendere possibile una concreta riqualificazione dei servizi. Con l'unico scopo di avere al centro del Servizio Sanitario Nazionale la salute del cittadino.



(...) il Servizio Sanitario Nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assistenza delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di

mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto ad un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi.

Certamente, non è più lo stesso.

Siamo, di fatto, passati da un concetto di universalità "forte" ed incondizionata - rispondente al modello del "tutto a tutti a prescindere dai bisogni" ad un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria, rendono non più procrastinabile ripensare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

È stato fatto un accenno ai sistemi di finanziamento europei. Confermo che la condizione di sofferenza dei sistemi sanitari interessa la maggior parte dei Paesi europei, tra i quali la Grecia, la Spagna, il Portogallo e, in parte, anche la Francia e l'Inghilterra e che, nel corso del 2012, il finanziamento del nostro servizio sanitario nazionale è cresciuto meno del PIL.

Mentre gli altri stanno provvedendo a recuperare risorse su un sistema di welfare già riformato e consolidato nel tempo, noi, purtroppo, non abbiamo ancora avuto il coraggio di modificare radicalmente il nostro modello di assistenza per rendere competitivo il sistema.

Non è più possibile pensare ad un modello di assistenza orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali, ma dobbiamo preoccuparci di rendere competitivo il modello italiano in Europa.

La direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio recante "L'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera", da attuare entro pochi mesi, conferisce al tema della mobilità sanitaria internazionale un impulso senza precedenti.

Quindi, l'impegno che dobbiamo assumere tutti è quello di pro-

porre anche all'Europa un modello innovativo di assistenza, in grado di intercettare e di accogliere i cittadini europei che sceglieranno di curarsi presso gli ospedali italiani. Noi disponiamo di elevatissime professionalità, di centri ospedalieri universitari di alta specializzazione e di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico assolutamente competitivi, già oggi, rispetto ad analoghe realtà europee.

Alla luce dei dati e delle osservazioni che in questi giorni sto raccogliendo dalle direzioni ministeriali competenti e dagli operatori, ulteriori riduzioni di risorse non appaiono affatto compatibili. Auspicio di poter avviare un metodo più proficuo per concordare preventivamente, proprio con le Regioni, una modalità di risparmio che tenga conto delle differenti capacità organizzative e culturali e degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali. Sapremo individuare, con le Regioni e, perché no, con la collaborazione dei sindacati, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini.

Così come è utile ricordare che il passaggio dalla sanità ospedaliera a quella territoriale non è avvenuto con le stesse modalità nel Nord, nel Centro e nel Mezzogiorno del nostro Paese. Dobbiamo recuperare terreno in tempi brevi e rendere possibile, per esempio, che le Regioni in piano di rientro possano documentare, oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi. Con l'unico scopo di avere al centro del Servizio Sanitario Nazionale la salute del cittadino.

Prima fra tutte, la necessità di riordinare e riorganizzare l'assistenza territoriale e di rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Ha un'importanza rilevante, in tale ottica, la stipula dell'accordo convenzionale con i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali ed i pediatri di libera scelta, accordo che dovrà adattare il sistema vigente ai principi introdotti dall'articolo 1 del decreto legge n. 158 del 2012, convertito dalla legge 189 del 2012. Una diversa organizzazione dei servizi del territorio porterà benefici innanzi tutto ai cittadini, che avranno maggiore facilità di accesso ai servizi territoriali, con professionisti delle varie branche specialistiche, ma costituirà anche un veicolo per l'inserimento dei giovani medici nel Sistema Sanitario Nazionale.

A questo proposito, ricordo che, nei prossimi giorni, scaduto il termine di sei mesi fissato dalla legge per la stipula dell'accordo convenzionale, il Ministero della Salute dovrebbe emanare, con decreto, in via transitoria, le disposizioni attuative, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e dopo aver sentito la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e le principali Organizzazioni Sindacali. Ritengo, tuttavia, che, prima di giungere all'adozione di interventi sostitutivi, occorra compiere ogni sforzo per favorire l'apertura delle trattative. Il mio impegno, ci potete contare, sarà in questa direzione. Proprio oggi, i tecnici del Ministero della Salute sono riuniti per discutere, all'interno del Comitato di Settore Regioni Sanità, l'atto di indirizzo finalizzato all'avvio della contrattazione.

Altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi è quello

della responsabilità professionale. Ho ben chiaro che le pur importanti novità introdotte recentemente non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi. All'inizio di quest'anno, le Organizzazioni Sindacali mediche sono state convocate presso il Ministero per un primo scambio di vedute sui contenuti del regolamento. Ci incontreremo presto su questo tema anche per fare il punto sui lavori del tavolo tecnico da poco insediato.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, intendo mantenere l'impegno assunto dal mio predecessore, in sede di Conferenza Stato-Regioni, di dilazionare di sei mesi il termine fissato dalla normativa per l'avvio della sperimentazione. Il Ministero della Salute seguirà, attraverso l'Osservatorio sull'attività libero professionale intramuraria, le fasi attuative e renderà conto al Parlamento circa l'effettivo conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla legge.

Vorrei ora affrontare tre tematiche abilmente tratteggiate nella relazione del Segretario Generale che ritengo molto importanti per il futuro della Sanità, perché riguardano i giovani medici. Mi riferisco ai temi del precariato, del blocco del turn-over e della formazione specialistica e in medicina generale.

Doveva essere uno strumento eccezionale per far fronte a particolari esigenze lavorative, ma gli ultimi dati disponibili, relativi al 2011, parlano di circa 35.200 precari nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, di cui circa 7.000 medici e 11.000 infermieri. Sono professionisti con contratti di lavoro diversi: a tempo determinato, interinale, formazione e lavoro, lavoro socialmente utile. Nel 2012, il dl 158, successivamente convertito in legge (L.189/2012), ha eliminato, per il personale sanitario, la durata massima dei tre anni e il vincolo dell'unicità della proroga. È un primo passo nella giusta direzione, ma l'obiettivo è e rimane il superamento delle forme di precariato.

Con lo scopo di individuare delle proposte operative per risolvere i problemi del personale precario appartenente alla dirigenza sanitaria, era stato avviato, nella scorsa legislatura, un confronto presso il Ministero della Salute che aveva portato all'approvazione di un documento. Ne richiamo brevemente alcuni punti:

- regolarizzazione dei professionisti assunti a tempo determinato che abbiano superato una procedura concorsuale, valorizzando l'attività svolta presso le strutture del Sistema Sanitario Nazionale;
- superamento del ricorso alle assunzioni con contratti a tempo determinato ai sensi degli articoli 15 septies e octies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche;
- introduzione di norme che condizionano l'accreditamento delle strutture private al rispetto di requisiti quali la presenza di una dotazione di organico determinata sulla base dei volumi di attività, limitando il ricorso a tipologie di lavoro precario a situazioni effettivamente contingenti e particolari;
- rilevazione annuale della consistenza numerica e della tipologia dei rapporti a tempo determinato;
- riconduzione alle previsioni del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di tutti i rapporti a tempo determinato per la durata massima di un anno, con obbligo di attivare la procedura concorsuale per la copertura del posto.

Partiremo da questi punti per avviare, rispettando il principio costituzionale dell'accesso nel pubblico impiego tramite concorso, il superamento del fenomeno del precariato anche nelle aree dirigenziali. Questo è, infatti, necessario non solo per garantire la funzionalità dei servizi, in particolare nei Dipartimenti di Emergenza, ma, soprattutto, per ricreare, con l'attuale generazione di operatori sanitari, un rapporto di fiducia e di speranza nel futuro. Chiaramente, il blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro non facilita questo percorso. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni. Il Ministero della Salute giocherà fino in fondo il suo ruolo di Ministero affiancante per supportare un percorso virtuoso di politiche delle assunzioni.

Ma prima di essere assunti, i giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione, o dell'attestato di formazione in medicina generale, è un requisito indispensabile per l'ingresso nel Sistema Sanitario Nazionale. Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazioni specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso.

Ciò è, come saprete, una conseguenza dell'innalzamento da 4 a 5 anni della durata dei corsi di specializzazione, previsto dalla riforma delle scuole di specializzazione di area sanitaria del 2005. Ciò ha comportato un anno aggiuntivo di permanenza di tutti gli specializzandi e, conseguentemente, un maggior numero di contratti da finanziare con il medesimo stanziamento annuale. La riforma è stata attuata a decorrere dall'anno accademico 2008/2009, quindi il sistema è "fuori equilibrio" proprio a partire dall'anno accademico 2012/2013, anno in cui i primi specializzandi del nuovo ordinamento sono giunti al quinto anno di specializzazione. In mancanza di adeguate soluzioni, quali, ad esempio (ma non esclusivamente), un incremento per via legislativa delle risorse finanziarie correnti, nel prossimo anno accademico, 2013-2014, la questione potrebbe assumere contorni più gravi.

È mia intenzione avviare da subito un confronto costruttivo su questo tema con il Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con le Regioni per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico e chiedo il contributo di idee da parte delle Organizzazioni Sindacali per cogliere questo momento di difficoltà come occasione di miglioramento della formazione specialistica.

Sulla formazione in medicina generale credo che siamo ad un punto di svolta: in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale. Sono, inoltre, allo studio forme di interrelazione tra momenti formativi e occasioni di attività lavorativa per consentire ai giovani medici in formazione di percepire una maggiore remunerazione ed entrare con maggiore consapevolezza nel mondo dell'assistenza territoriale. Questi interventi, unitamente all'introduzione del ruolo unico della medicina generale, faciliteranno il trasferimento di competenze tra le generazioni di professionisti e daranno il giusto riconoscimento a coloro che scelgono di seguire questa strada di sviluppo professionale.

Desidero, inoltre, commentare brevemente le parole del Segretario su quello che dovrebbe essere il vero ruolo del medico, liberato da incombenze e funzioni improprie che con il tempo si sono stratificate sulla vostra professione.

Allo scopo di ridare centralità al ruolo del medico in una società in continua evoluzione organizzativa, scientifica e tecnologica, è necessario che i medici si rendano protagonisti di una nuova alleanza con i cittadini, con le altre professioni sanitarie e con la Politica. Parallelamente, sono convinta che sia necessario affrontare e risolvere i problemi vecchi e nuovi della professione medica ricordati dal vostro Segretario Generale, perché questo, se non scade in mera difesa di posizioni corporative, costituisce una via concreta per migliorare alcuni aspetti del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Io voglio confrontarmi con voi per trovare una soluzione a questi problemi e ad altri che, eventualmente, dovessero emergere. Vi chiedo un atteggiamento anche critico, ma, innanzi tutto, propositivo e di confronto.

Voglio concludere il mio intervento affermando che lo Stato e, per esso, il Ministero della Salute deve riprendere il suo ruolo di garanzia dell'unità del Sistema Sanitario Nazionale per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute di tutti i cittadini italiani. Vi chiedo di collaborare con me per costruire insieme una governance del sistema sanitario forte ed autorevole. Con questa richiesta, che è insieme auspicio ed impegno personale, auguro al Segretario Generale e a voi tutti il pieno successo dei lavori congressuali.

Estratto dall'intervento al Terzo Congresso Nazionale della Federazione CISL Medici

Gilberto Turati

Ricercatore del Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche, Università degli Studi di Torino

Uno Stato diviso

A fronte di una situazione incoraggiante a livello nazionale, se ci spostiamo a livello locale troviamo delle disuguaglianze inaccettabili in uno Stato che ha fatto del suo SSN uno strumento di equità sociale. Per migliorare il SSN, più che parlare di nuove riforme, dovremmo cercare di capire come far funzionare quelle che già abbiamo provato a scrivere.

La Sanità pubblica italiana ha conosciuto – a partire dalla creazione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 – almeno un paio di riforme "strutturali", una all'inizio e una alla fine degli anni '90. La prima nasceva in piena emergenza finanziaria, all'inizio del percorso doloroso di aggiustamento dei conti pubblici per raggiungere gli obiettivi previsti dal Trattato di Maastricht e si proponeva di spingere sul pedale dell'efficienza copiando dalle esperienze anglosassoni dei "quasi-mercati" e della remunerazione dei produttori basata sul sistema dei DRG. La seconda – realizzata alla fine del percorso di aggiustamento, quando, ormai, l'obiettivo dell'ingresso nel gruppo dei primi Paesi che avrebbero adottato l'euro era stato raggiunto – sconfessava, nei fatti, la prima, riportando al centro della Sanità pubblica il tema dell'equità, come nella legge di creazione del SSN del 1978, attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Queste riforme strutturali ci hanno fornito almeno tre insegnamenti:

- 1 - le riforme sono più facili a scriversi che a realizzarsi e il diavolo sta nei dettagli (dai principi generali si deve passare ai decreti attuativi e lì nascono i problemi);
- 2 - se la legge nazionale prevede di realizzare qualcosa, poi non è detto che le Regioni si attivino davvero (ad esempio, lo scorporo degli ospedali dalle ASL: solo la Lombardia, con un'unica eccezione, lo ha fatto davvero);
- 3 - prima di operare una nuova riforma, bisognerebbe chiedersi se quella precedente ha funzionato o meno (ma, finora, l'attività di valutazione è sostanzialmente sconosciuta).

Ecco perché, forse, per migliorare il SSN, più che parlare di nuove riforme, dovremmo cercare di capire come far funzionare quelle che già abbiamo provato a scrivere. Discutere di un'ennesima riforma significa sapere da dove si parte e avere ben chiaro dove si intende arrivare. Ciò impone di avere prima un quadro dei fatti stilizzati riguardanti la Sanità italiana, poi degli obiettivi da raggiungere.

Proviamoci.

Esistono due livelli di analisi, quello nazionale e quello locale. A livello nazionale, considerando, quindi, il Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso, le questioni rilevanti circa il finanziamento, la spesa ed i risultati debbono essere declinate sulla base di un confronto con altri Paesi occidentali, simili al nostro in termini di sviluppo. Se si interpretano i numeri, a questo livello il SSN non può che essere considerato come la storia di un successo: rispetto ad altre Nazioni simili, consumiamo meno risorse, spendiamo relativamente poco e otteniamo degli ottimi risultati. Considerando i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità per garantire omogeneità nei confronti internazionali, nel 2008, ultimo anno disponibile, la quota di PIL destinata alla Sanità è risultata pari al 7% per il nostro Paese, contro l'8,8% della Francia e l'8% della Germania; solo Spagna e Grecia spendono meno di noi. In termini pro-capite, mentre Francia e Germania spendono quasi

3.000 euro a testa, noi ne spendiamo poco meno di 2.200. A fronte di questa spesa, i risultati in termini di salute sono molto buoni: l'aspettativa di vita media alla nascita è tra le maggiori dei Paesi occidentali, così come la mortalità infantile risulta tra le più basse. Negli esercizi di valutazione dell'OMS, inoltre, l'Italia occupa le prime posizioni della classifica internazionale, stilata sulla base di una pluralità di parametri, quali la spesa sanitaria, la salute, la capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini, l'equità nella contribuzione. Come detto, facciamo bene spendendo relativamente poco.

A fronte di questa situazione incoraggiante a livello nazionale, se ci spostiamo a livello locale troviamo delle disuguaglianze inaccettabili in uno Stato che ha fatto del suo SSN uno strumento di equità sociale. Le conclusioni che si ottengono guardando a diversi indicatori e a diverse indagini prodotte sia dal Ministero della Salute, sia da centri di ricerca indipendenti, puntano tutte in un'unica direzione: le Regioni del Mezzogiorno mostrano performance peggiori rispetto a quelle del resto del Paese, spendendo relativamente di più: secondo uno studio della Banca d'Italia, se si considerano le differenze strutturali in termini di età delle popolazioni regionali, complessità dei casi trattati, mobilità dei pazienti, fatta 100 la spesa pro-capite nazionale, questa diventa 104 al Sud, 101,9 al Centro e 96 al Nord. Qualche esempio delle differenze in termini di performance utilizzando i dati forniti dall'ISTAT nel database Health for All, cominciando dalla qualità: in termini di soddisfazione per il servizio (un indicatore di qualità percepita), quasi un paziente su due è molto soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta al Nord; al Sud si scende a meno di un paziente su tre. A questo dato si accompagna un altro indicatore indiretto di qualità, la quota di pazienti che si fanno curare in un'altra Regione: molto elevata in alcune Regioni del Sud, come la Calabria, in cui un paziente su cinque cerca cure altrove (a fronte di una media nazionale inferiore ad un paziente su dieci). Per quanto riguarda l'appropriatezza, le differenze sono ancora più marcate in alcune realtà territoriali meridionali. In questo caso, un indicatore considerato abitualmente è l'utilizzo del parto cesareo, che costa il doppio rispetto al parto naturale e porta allo stesso risultato (con, addirittura, maggiori rischi per le madri): al Nord meno di 3 bambini su 10 nascono con un cesareo; in Campania si sale a 6 su 10 e in Sicilia a 5 su 10. Questa situazione crea due ordini di problemi, interconnessi, ma differenti, uno che riguarda, principalmente, le Regioni del Nord, l'altro quelle del Sud. Il primo è un problema di efficienza, il secondo di equità. Il primo ha a che fare con il finanziamento del SSN, il secondo con la spesa. Sulla questione del finanziamento, appare evidente come, per poter spendere risorse inesistenti – date le differenze in termini di reddito – le Regioni del Sud ricevano trasferimenti di risorse prelevate principalmente nelle Regioni del Nord. Lo Stato opera, cioè, una significativa redistribuzione per perequare le risorse a livello territoriale: lo ha sem-

pre fatto in passato, lo avrebbe fatto in modo più chiaro con la normativa prevista dal D. Lgs. 56/2000 e l'istituzione di un fondo perequativo, continua a farlo ora, alla luce del recente D. Lgs. 68/2011, in modo non dissimile dal passato, nonostante alcune variazioni nominalistiche che parlano di costi e fabbisogni standard. Questa redistribuzione di risorse ex-ante è costosa in termini di efficienza perché impone livelli di tassazione relativamente elevati e perché, soprattutto, si accompagna ad una inefficacia dell'azione redistributiva stessa: le Regioni del Sud, infatti, sono caratterizzate da servizi peggiori. Ed è qui che nasce il secondo problema, quello di equità, di disuguaglianza nei servizi. I cittadini del Sud sperimentano quotidianamente difficoltà di accesso ai servizi maggiori e servizi di qualità peggiore rispetto ai cittadini del Nord e si chiedono perché ciò accada. La colpa – nella retorica corrente – viene attribuita alla mancanza di risorse. È questo tilt tra efficienza ed equità, tra Nord e Sud, a rendere difficile qualsiasi azione riformatrice nei confronti del SSN e che produce lo stallo, non solo nell'ambito della Sanità, ma – più in generale – nella vita del Paese: riforme che mirano ad un maggior grado di decentramento fiscale, che cercano di scardinare il meccanismo della spesa storica e di privilegiare l'efficienza e di ridurre gli sprechi, verranno avversate dalle Regioni del Sud, che vedono in questi tentativi politiche volte a ridurre le risorse a loro disposizione attraverso una riduzione della perequazione. Riforme che mirano, invece, a privilegiare l'equità, che cercano di uniformare davvero i servizi tra le aree territoriali del Paese, verranno avversate dalle Regioni del Nord, che vedono in questi tentativi politiche volte a ridurre le risorse (prelevate sul loro territorio) a loro disposizione attraverso un aumento della perequazione. Come coniugare queste due visioni del mondo è la sfida che si trova davanti chi intende cambiare il Paese, non solo la sua Sanità. Per poterlo fare è imprescindibile rispondere alle seguenti domande: che fine fanno le risorse che – redistribute dalle Regioni del Nord a quelle del Sud – non si trasformano in servizi per i cittadini? Perché esistono disparità inaccettabili nei servizi nonostante la perequazione? Le risposte a queste domande possono essere molteplici: ad esempio, le difficoltà di programmazione (forse l'incapacità e il dolo, in alcuni casi) da parte delle classi dirigenti in alcuni contesti territoriali; la presenza del crimine organizzato, che allunga le mani sulla prima industria regionale in termini di fatturato e di occupazione; la mancanza di un sistema di sanzioni che si accompagni al sistema dei controlli, interni ed esterni, che pure ci sono e sembrano, invece, funzionare. Indipendentemente da quale sia la risposta corretta, è chiaro che si tratta di problemi che hanno solo in parte a che fare con la Sanità pubblica. Ecco perché le riforme di cui più ha bisogno il SSN, probabilmente, non hanno a che fare con il SSN. L'ennesima riforma del SSN rischia di peggiorare la situazione e questa non sarebbe una grande idea.

La spesa sanitaria

La quota di risorse che la collettività nazionale destina alla cura della salute, in sessant'anni, è cresciuta di ben 9 volte.

La spesa sanitaria rappresenta il valore di beni e servizi che gli individui consumano per curare la propria salute. Secondo la contabilità nazionale, è data dalla somma della spesa per i consumi sanitari delle famiglie e delle Amministrazioni Pubbliche (A.p.); quest'ultimi sono erogati da enti pubblici (ospedali) che non transitano dal mercato. La spesa sanitaria pubblica – sostenuta dal S.S.N. e da alcuni enti pubblici minori – è costituita dalla somma delle spese delle A.p. e delle prestazioni acquistate in convenzione dagli operatori di mercato, mentre la spesa sanitaria privata è data dagli acquisti diretti delle famiglie sul mercato privato.

L'Istat ci informa che, nel 2010, la spesa sanitaria in Italia è risultata di circa 142 miliardi di euro, dei quali 111 di spesa pubblica (78% del totale) e 31 di spesa privata (22%). Nel 1960, l'ammontare fu di 435 milioni di euro, costituiti da 357 milioni di spesa pubblica (82%) e 78 di spesa privata (18%).

L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è passata, dunque, da circa l'1% del 1946 al 3,6% del 1960, fino al 9,2 % del 2010. Ciò conferma che la spesa sanitaria è agganciata alla crescita del PIL. La quota di risorse che la collettività nazionale destina alla cura della salute, in sessant'anni, è cresciuta di ben 9 volte. Pochi altri tipi di consumo delle famiglie hanno conosciuto una così rapida espansione. In termini reali, la spesa totale è cresciuta di 6,8 volte. Nel ventennio tra il 1960 ed il 1980, il tasso di incremento della spesa è risultato ancora più marcato (6% annuo in termini reali) a fronte di una crescita del PIL del 4,4% annuo. Questo periodo è stato contrassegnato dall'estensione della copertura mutualistica a tutta la popolazione italiana – dal 33% del 1946 al 77% del 1960, fino al 95% del 1978 – e da una sostenuta domanda di prestazioni sanitarie. L'impetuosa crescita della spesa sanitaria ha trascinato nel dissesto gli enti mutualistici, che nel 1978 sono stati posti in liquidazione con un enorme passivo patrimoniale. Con l'avvio del S.S.N., tra il 1980 ed il 1995, la crescita reale della spesa sanitaria ha continuato ad essere elevata – il 2,6% medio annuo in termini reali – ma molto inferiore al periodo precedente. Nel triennio 1993-1995 il S.S.N. ha sperimentato la prima crisi finanziaria. Dopo aver toccato il massimo del 7,6% del PIL nel 1992, l'incidenza della spesa totale è calata, infatti, di 0,6 punti. Superata la crisi finanziaria, la spesa è gradualmente tornata a crescere nell'ultimo periodo (1995-2010) ma ad un tasso più rallentato. La sua incidenza sul PIL è andata aumentando fino a toccare il 9,2% nel 2010 anche a causa della crisi economica e della debolezza del prodotto interno.

di Francesca Zanusso e Mattia Pancin
Università di Padova, Facoltà di Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani

Gilberto Muraro

Professore Ordinario di Scienza delle Finanze, Facoltà di Giurisprudenza, Università Ca' Foscari di Venezia.
MSc in Economics University of York (UK), ricerche a Cambridge e a Berkeley

Ticket con diverso trattamento fiscale

Alla Sanità si ricorre anche nella ricerca della piena efficienza fisica e mentale, con due conseguenze: che una parte significativa della domanda diventa elastica al prezzo e che essa, pur legittima, non è necessariamente più meritevole di tutela di altre domande di servizi pubblici.

Dei due ticket introdotti con la manovra di metà luglio, quello di 25 euro sull'uso inappropriato del pronto soccorso è stato ampiamente accettato, ma quello di 10 per la ricetta con prescrizioni specialistiche (visite mediche, esami di laboratorio, diagnostica per immagini, terapie riabilitative, eccetera) è stato ampiamente contestato. Non solo iniquo, ma anche irrazionale, ha scritto su queste colonne Nerina Dirindin (19.07). Esso, infatti, devia dalla struttura pubblica molti esami a basso costo e profittevoli, rendendo conveniente effettuarli presso presidi privati senza ricetta. In effetti, varie Regioni stanno cercando di evitare o di modulare diversamente tale ticket. Ma questa mossa avventata del Governo non deve ingannare sulla necessità di affrontare con realismo il tema generale del ticket in Sanità, data la prospettiva di una crescita della spesa cui il finanziamento pubblico, bloccato dalla necessità di azzerare il deficit ed abbassare il debito, non riesce a far fronte. Del resto, è doveroso ricordare che una stretta molto dura sulla Sanità venne introdotta anche dal Governo Prodi nella seconda metà degli anni '90, ai tempi della rapida riduzione del deficit per entrare nell'eurozona. Orbene, in termini generali siamo tra coloro che giudicano positivamente il ticket, ma chiediamo che ne sia distribuito meglio l'onere attraverso una nuova configurazione del rapporto tra ticket e fiscalità.

PRO E CONTRO IL TICKET

Per giustificare tale tesi, richiamiamo i termini del dibattito. Innumerevoli le critiche al ticket: non riduce la domanda, perché le ricette le stila il medico, non il paziente; è regressivo, colpendo relativamente di più il povero del ricco; è dannoso per la salute, perché scoraggia il ricorso a cure tempestive; è negativo per la stessa finanza pubblica, perché la mancata cura genera cure tardive più costose; è insensato sul piano gestionale, perché comporta costi di esazione quasi pari al gettito. La tesi a favore del ticket sostiene che tali affermazioni non hanno validità universale, ma dipendono dal reddito medio, dall'istruzione e dall'organizzazione sanitaria; di fatto, non sono vere nel concreto contesto della Sanità nei Paesi europei che al ticket ricorrono sovente. Soprattutto, va ricordato che da tempo i consumi sanitari nelle società ricche non sono più limitati alle cure necessarie per patologie serie. Alla Sanità si ricorre anche nella ricerca della piena efficienza fisica e mentale, con due conseguenze: che una parte significativa della domanda diventa elastica al prezzo e che essa, pur legittima, non è necessariamente più meritevole di tutela di altre domande di servizi pubblici. Allora, di fronte ad un grave problema di bilancio pubblico, se non bastano i filtri posti dall'autolimitazione del paziente o dalla saggia parsimonia del medico, e di solito non bastano, diventa inevitabile razionare le cure in altro modo, sperando di tagliare o di inviare alla medicina privata solo la domanda meno importante per la salute. I mezzi sono: restrizione dei servizi garantiti, cattiva qualità dei servizi forniti, lunghe code di attesa, ticket. Il ticket può, allora, avere dei punti di merito rispetto ad altre soluzioni o almeno essere un legittimo ingrediente di una combinazione di strumenti di razionamento, specialmente se si ritiene che il paziente, aiutato dal medico, sappia distinguere tra esami e cure più o meno rinunciabili. Tanto più che se ne

può modulare l'uso, differenziando il ticket per patologie e per livelli di reddito e si può quasi annullare il costo dell'apparato di esazione attraverso l'informatica.

IL TRATTAMENTO FISCALE

Ciò detto a favore del ticket come opportuno strumento di controllo della domanda, e solo in via subordinata come strumento di finanziamento della Sanità, va aggiunto che esso andrebbe diversamente collegato alla fiscalità. Riespongo qui una mia vecchia e inascoltata tesi. (1) Mette al centro il significato dell'intervento pubblico in Sanità: evitare che il reddito insufficiente distolga dalle cure necessarie e quindi tutelare l'individuo e la famiglia dagli eventi gravi, non già azzerare o attenuare una spesa sanitaria marginale nell'economia dell'individuo e della famiglia. Saltando per brevità passaggi intermedi e dettagli fiscali, tale approccio porta a configurare un sistema di ticket incisivi e generalizzati, con esenzioni a priori limitate ai casi di povertà e con un conguaglio fiscale in sede Irpef che preveda tre casi: nessuna agevolazione per la spesa annua complessiva inferiore ad una prima soglia di incidenza percentuale sul reddito del contribuente; detrazione di una percentuale della spesa dall'imposta per la parte di spesa compresa tra la prima e una seconda soglia; rimborso integrale, di norma sotto forma di credito d'imposta e quindi con rimborso materiale limitato al caso d'incapienza in sede Irpef, per la parte di spesa superiore alla seconda soglia. Un esempio, immaginando che le soglie siano 1% e 2,2% del reddito e che il contribuente abbia un reddito lordo di 30.000 euro. Primo caso, spesa annua per ticket inferiore a 300 euro: tutta a suo carico. Secondo caso, spesa di 660 euro: avrebbe l'attuale detrazione del 19% sulla seconda tranche di 360, pagando, quindi, 592 euro. Questa spesa, pari a circa il 2% del suo reddito, sarebbe il limite massimo, perché spese ulteriori gli sarebbero integralmente rimborsate. Le soglie andrebbero ovviamente definite dopo attente analisi della distribuzione dei redditi e della domanda di cure. Ma l'esempio fatto fa intuire che, comunque determinate entro confini ragionevoli, ne deriverebbero entrate più significative di quelle attuali e tuttavia con accettabili impatti sotto il profilo dell'equità grazie ai limiti fissati su misura del contribuente. Il sistema proposto porterebbe anche vantaggi sul piano del controllo fiscale, attirando l'attenzione sulle domande di rimborso ed inducendo, pertanto, ad un'autocensura dei contribuenti infedeli. Si potrebbe poi pensare di usare la più significativa entrata da ticket anche come mezzo per premiare la diversa produttività degli operatori sanitari, così stimolando ad offrire più servizi nell'ambito della Sanità pubblica e riducendo il fenomeno delle liste di attesa, un problema grave sotto il profilo dell'efficacia sanitaria e dell'equità. Ma questo è un tema aggiuntivo su cui converrà tornare.

(1) G. Muraro, "Il valore dell'equità in campo sanitario nelle società contemporanee", in G. Costa e F. Faggian (a cura di), L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità, Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, 1994, pp. 43-56.

Publicato su www.lavoce.info in data 25.07.2011

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E CASE DI CURA ACCREDITATE - POSTI PREVISTI
Anni 2006-2010

ANNO	STRUTTURE DI RICOVERO		POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA				POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL			POSTI LETTO DI DAY SURGERY		
			PUBBLICI		PRIVATI		PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	TOTALE	x 1.000 abitanti	TOTALE	x 1.000 abitanti						
2006	654	563	184.263	3,1	48.894	0,8	27.462	3.289	0,5	-	-	-
2007	655	542	181.447	3,1	46.454	0,8	22.185	2.485	0,4	5.823	1.082	0,1
2008	645	541	177.933	3,0	45.718	0,8	21.461	2.193	0,4	6.502	1.467	0,1
2009	638	534	175.486	2,9	44.642	0,7	20.761	1.993	0,4	6.598	1.543	0,1
2010	634	531	173.252	2,9	44.156	0,7	19.744	2.017	0,4	6.556	1.674	0,1

Fonte: Ministero della Salute

Gianluca Baio

Ricercatore Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi dell' Università di Milano Bicocca e University College London

Costi e benefici

Il progresso tecnico-scientifico porta indubbiamente dei vantaggi, ma richiede anche una maggiore sorveglianza riguardo all'effettiva convenienza ad adottare determinate tecnologie sanitarie quali farmaci, dispositivi medici, tecniche diagnostiche, procedure chirurgiche, altre tecnologie terapeutiche ed attività di promozione della salute.

Il sistema sanitario si trova di fronte alla crescente necessità di un'efficace allocazione delle risorse in un contesto di informazioni disponibili in maggiori quantità e di migliore qualità (ma, al tempo stesso, più complesse) e di una forte frammentazione degli studi scientifici che vengono condotti. In linea con gli insegnamenti del movimento dell'Evidence Based Medicine, l'esplicito utilizzo delle migliori e più attuali prove di efficacia (che vanno ad integrare la capacità clinica individuale ed i valori e le aspettative dei pazienti), nell'assumere decisioni sulla cura dei singoli pazienti il processo decisionale in Sanità è ormai riconosciuto come una disciplina basata sulle evidenze scientifiche e, al tempo stesso, sulla modellistica (decisionale), allo scopo di indirizzare le scelte di sistema in modo ottimale.

Il progresso tecnico-scientifico porta indubbiamente dei vantaggi, ma richiede anche una maggiore sorveglianza riguardo all'effettiva convenienza ad adottare (per tutta la popolazione o in particolari gruppi di pazienti) determinate tecnologie sanitarie quali farmaci, dispositivi medici, tecniche diagnostiche, procedure chirurgiche, altre tecnologie terapeutiche ed attività di promozione della salute. La sfida dell'Health Technology Assessment (HTA) è quella di valutare le nuove e le correnti strategie in base a:

- la probabilità che la tecnologia porti ad un significativo miglioramento di salute;
- la probabilità che la tecnologia porti ad un significativo impatto su altre politiche sanitarie (ad esempio, diminuzione delle disuguaglianze);
- la probabilità che la tecnologia porti ad un significativo impatto sulle risorse (di tipo finanziario e non solo) del sistema sanitario.

Storicamente, l'applicazione di strumenti di valutazione economica ha riscontrato notevole resistenza in ambito sanitario. A lungo, l'appello all'utilizzo di metodi formali derivati da discipline lontane da quelle che generalmente gestiscono gli aspetti legati alla salute è stato visto come un'inaccettabile in-

trusione. Dopo tutto, ci sono difficoltà oggettive nel "costringere" un argomento complesso come quello della fornitura di servizi sanitari per un'intera popolazione di riferimento a rigidi vincoli economici. A tale riguardo, un malinteso comune è quello che confonde la valutazione economica con un processo meramente finanziario: il decisore pubblico dovrebbe cercare di ottimizzare i propri comportamenti selezionando gli interventi che producono un costo minore, indipendentemente dall'effettivo risultato clinico. In realtà, questa è soltanto una faccia della medaglia; la valutazione economica (spesso genericamente identificata con la farmacoeconomia) è in realtà l'integrazione di discipline complesse, una delle quali è l'analisi finanziaria.

Per valutazione economica si intende, piuttosto, una serie di metodologie (sempre più legate a metodi statistici avanzati) in grado di guidare il processo decisionale allo scopo di massimizzare i benefici clinici in presenza di vincoli finanziari. Dunque, il reale obiettivo è quello di scegliere l'intervento che, a parità di efficacia clinica, è associato ad un minore costo totale di gestione. Da un punto di vista prettamente quantitativo (legato a considerazioni di tipo statistico), ciò implica che i processi di valutazione economica in Sanità siano caratterizzati da due dimensioni di analisi: quella clinica (alla base di ogni studio clinico, compresi quelli tipicamente utilizzati per prendere decisioni circa l'utilizzo e la rimborsabilità di interventi sanitari, ad esempio prescrizioni farmacologiche) e quella legata ai costi totali di implementazione. Questi comprendono vari aspetti e, in una valutazione formale, sono estesi ai costi di acquisizione della tecnologia sotto analisi e (quanto meno) anche ai costi legati all'occorrenza di eventuali effetti indesiderati o collaterali dovuti all'applicazione dell'intervento.

Se queste due dimensioni possono essere "combinare" in modo opportuno, la scelta tra due o più interventi (o trattamenti) alternativi per la stessa patologia è sostanzialmente determinata dal confronto del valore ad essa asso-

ciata: se il farmaco A possiede un valore congiunto per costi e benefici maggiore del valore associato al farmaco B, allora il primo dovrebbe essere scelto dal decisore pubblico a discapito del secondo. Sfortunatamente, ci sono alcune limitazioni ed alcune problematiche legate a questa costruzione: la prima è relativa alla procedura utilizzata per combinare costi e benefici, forzatamente definiti su scale differenti (euro per i primi e opportune misure cliniche, come, ad esempio, mortalità evitata, per i secondi). La soluzione suggerita comunemente (soprattutto nella letteratura di stampo anglo-sassone) considera l'utilizzo dei quality-adjusted life years (QALYs) come misura di efficacia clinica associata ad un certo intervento. Questo indicatore è stato specificamente creato per combinare una misura di quantità ed una di qualità della permanenza in vita di un individuo; l'aspettativa di vita di un anno in salute perfetta è associata al valore 1, mentre l'aspettativa di vita di un anno in condizioni di salute non ottimali è associata a valori minori di 1, tipicamente compresi nell'intervallo tra 0 e 1. Pur non rappresentando universalmente una soluzione ottimale, l'utilizzo dei QALYs consente di confrontare interventi diretti a patologie o condizioni cliniche distinte, permettendo, quindi, una procedura di valutazione applicabile in modo sistematico in un range di situazioni.

Il secondo problema riguarda il fatto che, invariabilmente, le evidenze disponibili per il decisore sono di natura parziale. Studi clinici controllati o dati derivati da registri o database amministrativi rappresentano validi strumenti per ottenere informazioni analizzabili da un punto di vista statistico permettendo, così, di inferire circa costi e benefici presumibilmente attesi nell'applicazione di uno specifico intervento sanitario in una popolazione di riferimento. Tuttavia, queste stime sono caratterizzate da incertezza intrinseca, dovuta, ad esempio, alla limitata informazione ottenuta da studi in cui la dimensione campionaria o la generalizzabilità sia limitata. Inoltre, l'imple-

mentazione di un intervento sanitario (ad esempio, sostituire la prescrizione del farmaco B con il farmaco A che, sulla base delle evidenze disponibili, si è dimostrato più costo-efficace) comporta, in genere, dei rischi, come, ad esempio, l'irreversibilità di investimenti.

Conseguentemente, è sempre più importante complementare le valutazioni economiche con opportune analisi di sensibilità. L'idea di fondo è quella di valutare in che modo l'incertezza associata agli input del modello statistico impatti sul processo economico derivante. In particolare, l'analisi di sensibilità probabilistica permette di simulare un numero elevato di possibili "futuri" (sulla base delle informazioni attualmente disponibili e dell'incertezza che le caratterizza) in termini di costi e benefici. Questi futuri possono essere analizzati allo scopo di identificare quali siano le possibili conseguenze delle scelte attuali. Inoltre, è possibile quantificare se l'evidenza attualmente disponibile sia sufficiente ad assumere una decisione adesso o se, al contrario, sia più opportuno temporeggiare ed "acquistare" nuova informazione (ad esempio, per mezzo di nuovi studi clinici).

Gli strumenti utilizzati per operare queste valutazioni richiedono sempre maggiore familiarità con procedure di analisi statistica e tecniche computazionali avanzate. Di fatto, generano domanda di una nuova professionalità all'interno dell'arena sanitaria. Questo vale tanto più in Italia, dove si avverte l'assenza di un'agenzia di riferimento predisposta a gestire (in modo indipendente) per conto dell'autorità centrale le evidenze presentate a supporto dell'introduzione di nuove tecnologie sanitarie. Nel Regno Unito, il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) esercita questo ruolo e comprende, al suo interno, una varietà di figure professionali (farmacologi, economisti, statistici, membri del pubblico), che lo rende in grado di produrre linee guida sull'utilizzo e la rimborsabilità di nuove tecnologie sulla base delle migliori evidenze disponibili allo stato attuale, oppure di rimandare il processo in attesa dell'acquisizione di ulteriori dati, qualora necessario. Sebbene nel settembre del 2007 la Conferenza Unificata Stato-Regioni abbia assegnato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) anche la funzione di supporto alle Regioni per lo sviluppo di attività di HTA, in Italia non esiste un ente strutturato in questi termini. Se la riforma del sistema sanitario costituisce uno degli obiettivi del prossimo Governo che (prima o poi!) il nostro Paese avrà, l'istituzione di un NICE italiano è forse il primo passo da percorrere.

Quadro macroeconomico dell'Italia e delle risorse destinate alla Sanità

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Crescita PIL reale (%)	1,8	0,5	0,0	1,5	0,7	2,0	1,5	-1,3	-5,2	1,3	0,4	-2,3	-0,5	1,0
Debito Pubblico/PIL (Variazione %)	-0,4	-2,8	-1,2	-0,5	1,9	0,6	-2,7	2,6	9,2	2,5	0,9	0,2	-2,0	-2,9
Uscite Pubbliche Amministrazioni (Variazione %)	4,4	-1,3	2,1	-0,4	1,0	1,0	-1,4	1,7	6,5	-2,5	-	-	-	-
Finanziamento SSN (Variazione %)	8,2	6,1	3,9	4,9	7	4,5	4,8	8,2	3	0,9	-	-	-	-
Spesa SSN (Variazione %)	9,1	4,7	2,9	7,5	6,9	2,9	4,2	3,2	2,6	0,9	-	-	-	-
Finanziamento SSN/Spesa SSN (%)	94,6	96,5	97,7	96,3	94,1	95,5	96,4	96,8	97,1	97,8	-	-	-	-

Fonte: Elaborazione su dati DEF 2012, ISTAT, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute

Variazione anno su anno, cumulata e media della spesa sanitaria per singole voci di costo (Anni 2001-2010)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totale	Media
Servizi basati sulla tecnologia												
Farmaceutica convenzionata	33,3	1,4	-5,5	8,1	-1,7	4,1	-6,8	-2,7	-2,0	-0,6	27,6	2,8
Beni e altri Servizi	4,5	8,7	8,8	7,7	18,2	1,1	13,2	3,0	4,7	0,2	70,1	7,0
Farmaceutica ospedaliera	nd	nd	nd	nd	nd	22	9	-19	11	6	29,0	5,8
Servizi basati sul personale												
Personale	5,0	2,7	1,2	5,2	7,6	5,2	1,2	4,2	2,6	1,2	36,2	3,6
Medicina Generale convenzionata	8,3	2,0	4,1	4,2	13,5	4,2	1,3	1,0	4,8	2,8	46,2	4,6
Specialistica convenzionata e accreditata	9,3	8,4	4,7	5,2	4,4	8,7	6,2	4,9	4,3	6,1	62,2	6,2
Servizi contrattualizzati con il privato												
Ospedaliera accreditata	-0,3	1,9	3,3	5,9	-10,8	4,2	2,6	2,0	-0,6	1,9	10,1	1,0
Riabilitativa accreditata	nd	-9,9	5,5	4,6	3,7	3,5	-1,6	-12,1	0,4	-0,4	-6,5	-0,7
Altri servizi												
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	nd	7,6	4,6	6,1	11,3	7,5	7,7	8,5	3,3	0,1	56,7	6,3
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	nd	22,2	4,0	10,3	7,7	7,5	3,7	18,1	5,9	5,2	84,6	9,4

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze

Finanziamento del SSN per gli anni 2012-2014 ed effetti delle manovre 2011-2012

	2012	2013	2014
Finanziamento SSN tendenziale (pre-manovre)	108.780	111.794	116.236
Riduzione finanziamento SSN ex L. 111/2011	-	-2.500	-5.450
Prezzi di riferimento	-	-750	-1.100
Farmaceutica	-	-1.000	-1.000
Tetto sui dispositivi medici	-	-750	-750
Ticket	-	-	-2.000
Personale	-	-	-600
Riduzione finanziamento SSN ex L. 135/2012	-900	-1.800	-2.000
Farmaceutica	-325	-747	-747
Beni e servizi	-505	-883	-943
Assistenza accreditata	-70	-170	-310
DDL stabilità 2013	-	-600*	-1.000
Totale riduzione finanziamento SSN	-900	-4.300 (-4.900*)	-7.450 (-8.450)
Finanziamento SSN programmatico (post-manovre)	107.880	107.494	107.786

Note: * importo in discussione

Fonte: Elaborazione su relazioni tecniche al DDL S 2814/2011 e al DDL S 3396/2012, e su dati Corte dei Conti

Vincenzo Atella

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Le prossime sfide del SSN

Per ridurre la spesa si renderà necessario diminuire il numero di persone da curare e questo sarà possibile solo concentrandosi maggiormente sulla prevenzione, con una decisa inversione di tendenza.

L'Italia è uno dei Paesi in cui si vive più a lungo: dal 1960 ad oggi, l'aspettativa di vita della popolazione italiana è aumentata di oltre 10 anni. Inoltre, se confrontato con quello di Nazioni simili alla nostra per livello di sviluppo, il sistema sanitario italiano appare sano e con buone prospettive di sostenibilità economica. Secondo i dati OCSE, il nostro Paese rientra nella media nell'utilizzo di input di produzione quali personale e capitale. In termini relativi, facciamo un uso maggiore di personale medico rispetto a quello infermieristico e siamo sicuramente tra i primi nell'utilizzo di tecnologie. Nel complesso, i costi sono minori della media.

Per meglio comprendere il valore di questo patrimonio di cui oggi disponiamo, non va dimenticato come il percorso che ci ha portati ad ottenere gli attuali livelli di salute sia stato molto lungo. Basta, infatti, ricordare che la situazione dalla quale siamo partiti nel momento dell'unificazione del Paese era peggiore di quella delle Nazioni sub-Sahariane negli anni '70. È proprio in virtù di queste considerazioni che diventa necessario non disperdere quanto accumulato fino ad oggi e cercare di capire quali debbano essere i fattori su cui concentrarsi per mantenere il sistema sostenibile.

Nei prossimi anni, tuttavia, la domanda "tendenziale" di servizi sanitari (e, quindi, la spesa) continuerà a salire e, ad oggi, non sembrano essere disponibili pari risorse. Diviene opportuno, quindi, interrogarsi su quali possano essere le sfide che attendono il SSN nei prossimi anni in termini di sostenibilità finanziaria per individuare, oggi, le strategie da adottare al fine di continuare a garantire il diritto alla salute ed imporre il modello italiano, a livello internazionale, come esempio da seguire.

I vincoli finanziari sono quelli che, al momento, creano maggiori problemi. Dal 1992, i policy-makers hanno guardato al livello della spesa ed alla sostenibilità finanziaria del SSN in base al vincolo fiscale imposto dal trattato di Maastricht, che da allora ci si trova a dover affrontare. Se, però, lo scopo

della spesa sanitaria deve essere quello di contribuire al raggiungimento di un migliore stato di salute della popolazione, i policy-makers devono pensare attentamente a quante risorse impegnare e a come generare ed utilizzare eventuali extra risorse.

Le recenti manovre per il rientro dal disavanzo pubblico sono state perseguite imponendo anche all'assistenza sanitaria un significativo contributo. Dall'inizio dell'ultima legislatura ad oggi, tutti, o quasi, i principali provvedimenti di correzione della dinamica tendenziale dei conti pubblici hanno contemplato una riduzione delle risorse, più precisamente del finanziamento statale ordinario, previste per il SSN. Anche le ultime manovre di legislatura – spending review e Legge di stabilità 2013 – hanno ridotto le risorse previste per il SSN.

Nella seconda parte del 2012, il Governo ha introdotto nuove misure di taglio della spesa sanitaria, cui ha fatto seguito una riduzione del finanziamento statale ordinario. Complessivamente, con il decreto di spending review e la Legge di stabilità per il 2013, la riduzione programmata del finanziamento ammonta a 900 milioni di euro per il 2012, 2,4 miliardi per il 2013, 3 miliardi per il 2014 e 3,1 miliardi a decorrere dal 2015. A fronte di tali tagli, il D. Lgs. 109/2012 ha incrementato le risorse disponibili di appena 43 milioni di euro per l'anno 2012 e di 130 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013, destinandoli all'assistenza a favore dei lavoratori extracomunitari emersi.

Per effetto dei nuovi tagli, pertanto, nel 2013 il finanziamento statale ordinario si riduce in termini nominali rispetto a quello dell'anno precedente. Tale fatto costituisce un punto di discontinuità rispetto al passato: si è, infatti, passati da una logica di contenimento della spesa tendenziale per contenere il finanziamento statale, in un quadro di risorse comunque crescenti, ad una logica di taglio della spesa e del finanziamento. Dal 2010, i tassi di crescita del finanziamento si sono notevolmente ridotti rispetto a quelli degli anni precedenti.

Il peso dell'attuale debito sanitario nasce da una lunga storia di disavanzi che ha caratterizzato il SSN fin dall'origine (1978) al punto da spingere il legislatore ad intervenire più volte. Anche dopo l'accordo del 2001, che ha aumentato le risorse per le Regioni, la mancanza di un adeguato rafforzamento dei vincoli di bilancio regionali ha lasciato, di fatto, che i disavanzi tornassero ad allargarsi, balzando, nel complesso, dai circa 2,3 miliardi di euro del 2003 agli oltre 6 miliardi in ognuno dei tre anni successivi.

A livello regionale si registra un'ampia variabilità delle performance economico-finanziarie (oltre che di quelle assistenziali). Lazio e Campania sono le Regioni in cui si registra la metà del disavanzo del 2011. In generale, tutte le Regioni meridionali registrano un risultato di esercizio negativo, mentre quelle del Centro-Nord presentano un leggero avanzo di bilancio (ad eccezione di Lazio e Liguria). A rendere più difficile il percorso di risanamento, si è aggiunta la recente riduzione del finanziamento statale, che ha imposto alle Regioni di ricorrere in misura sempre maggiore a risorse proprie e a misure di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.



Il principale strumento di garanzia dell'equilibrio economico del settore, anche dopo il varo delle regole del federalismo sanitario, è rappresentato dall'obbligo, per le Regioni in disavanzo di gestione, di adottare i Piani di Rientro. Le Regioni attualmente impegnate in Piani di Rientro sono ben 7 su 20: Lazio, Molise, Campania, Sicilia, Calabria, Piemonte e Puglia. Tuttavia, dato l'attuale quadro di finanza pubblica, ci si aspetta che i problemi di tenuta dei bilanci non saranno circoscritti alle sole Regioni "canaglia", ma saranno estesi a tutte, anche a quelle più efficienti.

Il 2011 ha, quindi, osservato un importante cambio di approccio nella Sanità pubblica italiana: si è passati da una logica di contenimento ad una di taglio della spesa e del finanziamento. Non si possono, però, trascurare le conseguenze sull'accesso alle cure e sulla loro efficacia. Le previsioni sulla spesa programmata presentano, infatti, due aspetti critici: la spesa programmata per il 2013 è sostanzialmente pari a quella del 2012 e poco più alta nel 2014; il secondo aspetto critico attiene alla congruità dei tagli. Al momento, il finanziamento statale non è in grado di fronteggiare la spesa programmata.

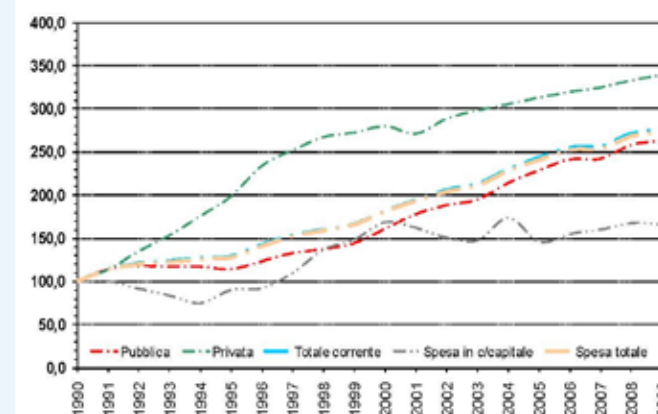
Rendere sostenibile il sistema con il recupero dell'efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire, ma non rappresenterà certo la strategia risolutiva in futuro.

Per ridurre la spesa si renderà necessario diminuire il numero di persone da curare e questo sarà possibile solo concentrandosi maggiormente sulla prevenzione, con una decisa inversione di tendenza: con una quota di circa l'1% della spesa complessiva, l'Italia si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento nella prevenzione. Investire nella prevenzione costituisce l'approccio migliore, ma anche in questo caso è necessario capire dove intervenire esattamente e con quali strumenti. La Fondazione Farmafactoring sta portando avanti l'attività di ricerca in questo campo al fine di rendere disponibili dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati che possano aiutare a capire i problemi della Sanità e a disegnare soluzioni adatte.

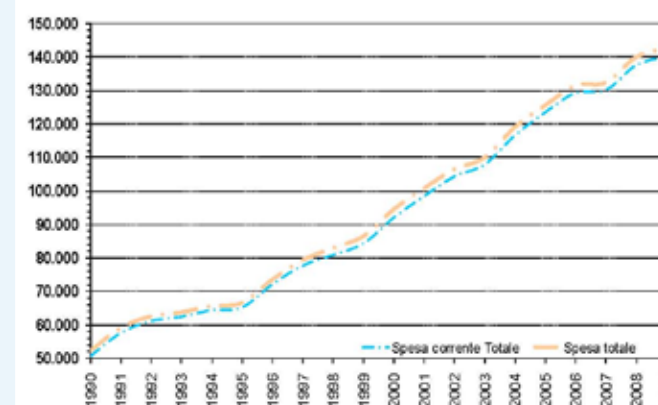
SPENDING REVIEW.
TAGLI ALLA SANITÀ,
SALVI I CACCIABOMBARDIERI!



SPESA SANITARIA TOTALE (indice 1990=100)



SPESA SANITARIA TOTALE (in milioni di euro)



Fonte: Istat

Marco Paparatti

Medico chirurgo e Professore a contratto di Igiene ed Epidemiologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Una vita longeva e priva di malattia

È attraverso una vita equilibrata, di impegno semplice e genuino e di serena passione per la vita, che è possibile vivere e riscoprire l'essere umano, dimenticato dalle fatiche, dagli affanni e dai vizi della vita moderna, nella sua piena umanità.

Nella medicina, la prevenzione rappresenta, attualmente, un argomento di grande interesse. Nel tempo, questo sarà sempre maggiore. La prevenzione è la branca medica che si occupa di prevenire le diverse malattie prima che diventino clinicamente percettibili. Al momento, non ha ancora una sua identità definita e definitiva ma, nel tempo, assumerà sempre maggiore forza e sempre maggiore importanza nella pratica quotidiana della salute.

La medicina preventiva costituisce un'arma potente per assicurare all'essere umano una vita longeva e libera da malattia.

Si basa su una partecipazione diretta della persona, prima che essa diventi paziente malato.

In tale contesto, il ruolo del singolo individuo è centrale. Attraverso la conoscenza delle più frequenti ed importanti patologie mortali, può attuare una serie di misure di prevenzione che lo proteggono da una morte prematura e da una vita in malattia.

La prevenzione è, essenzialmente, di tre tipi: primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria si occupa di tutte le abitudini di vita dell'individuo che possono ridurre il rischio di malattia, dalla corretta alimentazione ai vizi voluttuari, come il fumo e l'eccesso di alcool nella dieta.

La prevenzione secondaria si occupa di prevenire le diverse patologie tramite l'effettuazione di esami diagnostici che prevenivano le stesse quando si trovano ancora in fase iniziale e, pertanto, meno pericolose ed aggredibili dalle moderne tecniche medico-chirurgiche.

La prevenzione terziaria si occupa della cura e della riabilitazione del soggetto malato.

Oggi, attraverso la conoscenza delle più importanti malattie che rappresentano una causa di morte nel mondo occidentale, attraverso la propria consapevolezza e l'uso routinario di moderne metodiche diagnostiche, unitamente ad un pizzico di buona sorte, risulta concretamente possibile arrivare ad una vita centenaria ed in buona salute.

Esiste la possibilità di godersi una normale vita di relazione, riacquistando e valorizzando le piccole cose, i nostri affetti, le semplici abitudini, come passeggiare, colloquiare con i propri parenti, amici o colleghi di lavoro. Con i propri cari, in definitiva.

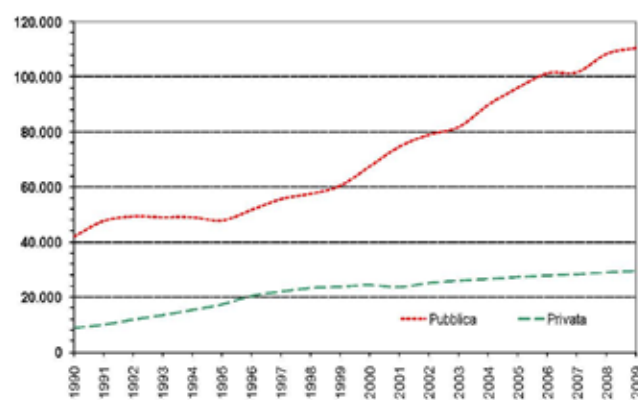
È attraverso una vita equilibrata, di impegno semplice e genuino e di serena passione per la vita, che è possibile vivere e riscoprire l'essere umano, dimenticato dalle fatiche, dagli affanni e dai vizi della vita moderna, nella sua piena umanità.

In particolare, nel libro "Medicina preventiva per tutti" (Armando Editore, 2013) da me scritto, si cerca di spiegare in maniera semplice, ma al tempo stesso completa, questi aspetti, in modo tale da renderli immediatamente utilizzabili dal singolo individuo.

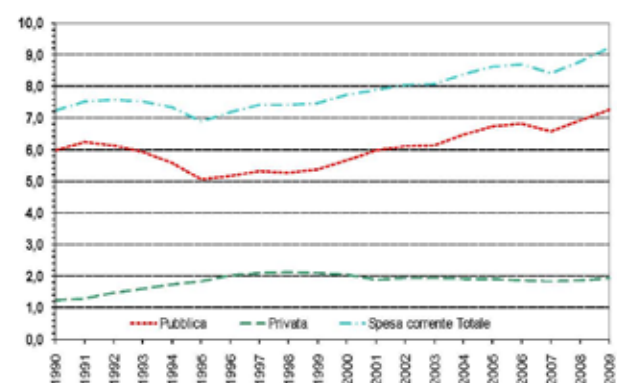
Nel libro cerco di affrontare, in maniera sintetica, ma completa, ed utilizzando un linguaggio semplice, le più importanti malattie, patologie cardiovascolari e tumorali in primis, ma anche tutte quelle malattie a cui sono ascrivibili la quasi totalità dei decessi in Italia.

Il volume si prefigge di fornire le informazioni di base a chi non abbia effettuato studi medici per arrivare a cent'anni in buona salute. In particolare, propone una trattazione sintetica e ad hoc, con tutte le informazioni più importanti, per conoscere le principali patologie divenute causa di morte in Italia e, in generale, nei Paesi sviluppati. Consci del fatto che conoscere non è sufficiente per vivere a lungo, ma rappresenta un importante punto di partenza per sapere come preservare al meglio la propria salute garantendosi, così, la possibilità di scegliere il proprio comportamento con la giusta consapevolezza.

SPESA SANITARIA CORRENTE PUBBLICA E PRIVATA
(in milioni di euro)



SPESA SANITARIA CORRENTE PUBBLICA E PRIVATA
(in percentuale del PIL)

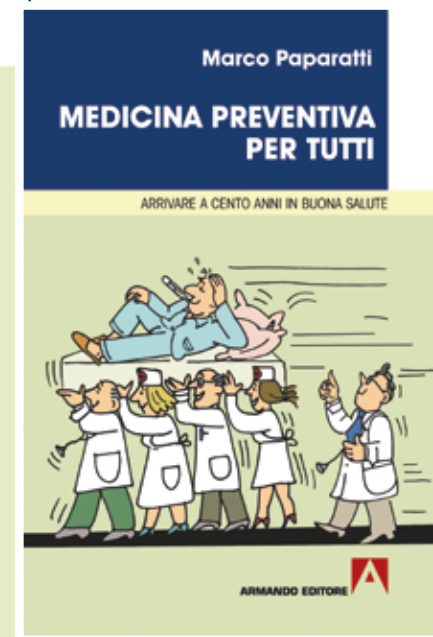


Fonte: Istat

Medicina preventiva per tutti

Tratto dall'introduzione del libro.

Arrivare a cento anni in buona salute di Marco Paparatti (Armando Editore, 2013).



Per cercare di vivere il più a lungo possibile, non è necessario essere medici o conoscere la medicina, ma è sufficiente seguire delle semplici regole per avviarsi verso la strada della longevità: avere una dose minima di buona volontà, un pochino di amor proprio e un sano spirito di conservazione. [...] Perché questo libro? Perché nell'esercitare la mia professione di medico ho visto tantissime persone morire precocemente e con sofferenze inaccettabili. Erano morti che si potevano evitare. Erano persone che la natura aveva predestinato a vivere forse fino a cent'anni e che, invece, non avevano superato i sessant'anni. Non sono stati in grado di tutelare la propria salute, di controllare il loro stile di vita nel quotidiano, di avere cura di se stessi attraverso controlli preventivi.

La sfida contro tante e gravi malattie della nostra epoca, come l'infarto ed il cancro, si può vincere tramite un approccio costruttivo al problema, prevenendole e combattendole all'origine. È un risultato che non può prescindere da una presa di coscienza del problema, che, inevitabilmente, parte dall'inquadramento scientifico e razionale dello stesso e da uno sforzo personale per conseguirlo.

Accade, però, che i clinici tendano a spiegare poco al paziente i disturbi di cui soffre; è un atteggiamento sbagliato che non dà la possibilità al paziente di migliorare il proprio stile di vita in merito a quella patologia per la quale si è recato alla visita.

Il medico non si occupa di informare il suo paziente per svariate ragioni: non ha il tempo materiale per farlo, può essere distratto dai problemi della clinica o dell'ospedale per cui lavora, del suo reparto; reputa troppo complicati

per il paziente i termini medici (appresi dopo molti anni di studio) che dovrebbe usare per spiegare la diagnosi e la cura.

Tale atteggiamento non aiuta la persona a curarsi, ovvero a fare in modo che, nel futuro, questi disturbi si verifichino con meno frequenza o, addirittura, spariscano del tutto. Il medico dà consigli, ma questi non sono in grado di educare l'individuo ad un cambio di mentalità per farlo vivere meglio.

Se il medico, nei confronti del paziente, usasse la stessa cura che un genitore ha verso i propri figli (purtroppo, tra i miei colleghi accade raramente), allora il paziente affronterebbe la malattia con più serenità.

Il libro ha quindi come obiettivo la comprensione, per chiunque sia a digiuno dell'argomento, dei concetti base della medicina e come questi possano essere usati per vivere a lungo e bene. [...] Inizierò il mio libro affermando che per alcune malattie non esiste medicina che può salvare, e che il buon senso è il principale depositario della nostra salute. Esso può essere educato con il ragionamento e con lo studio del concetto di salute di cui in questo lavoro spiegherò l'essenza.

È una trattazione semplice, leggera, ordinata, organica dei principali argomenti della salute personale; si propone di diffondere le basi della conoscenza medica in modo che diventi patrimonio culturale comune, al pari dei Promessi sposi del Manzoni o delle tabelline di matematica che si studiano a scuola. Si vogliono fornire tutti quegli strumenti logici, medici e scientifici per una corretta comprensione del concetto di salute e su come preservarla per cercare di vivere più a lungo. [...] Il mio desiderio è quello di far avvicinare la «medicina», la cultura medica alle persone, di introdurla nelle cose semplici di tutti i giorni. [...] La maggior parte della gente pensa che la salute sia un fatto casuale, indipendente dalla nostra volontà, e che essere longevi sia appannaggio solo di fortunati predestinati dalla nascita. Non è

così. [...] Il mio principale desiderio è quello di insegnarvi il concetto di «salute» e come preservarla con consigli chiari, pratici e precisi [...]. Li dovrete portare sempre con voi, devono restarvi dentro. Una volta appresi e adottati, si hanno tutti gli strumenti per contrastare la malattia. A volte, quando essa giunge, è già tardi. Occorre pensarci prima che questa arrivi, quando siete ancora in buona salute!».

[...] Il nostro corpo è formato da organi importanti che sono alla base della nostra esistenza, ma sono anche quelli per cui più facilmente, se si ammalano, procurano la morte.

Questi organi sono:

- 1) Cuore.
- 2) Cervello.
- 3) Organi dell'apparato respiratorio (polmoni, bocca, faringe, laringe, trachea, bronchi).
- 4) Organi dell'apparato digerente (esofago, stomaco, fegato, intestino, pancreas).
- 5) Organi dell'apparato riproduttivo (utero, ovaie, mammelle nella donna, prostata e testicoli nell'uomo).
- 6) Pelle, ossa.

Essendo questi, da un punto di vista statistico, cause di morte, occorre portare a termine il discorso che ha come fine quello di intervenire sulla prevenzione delle malattie più frequenti.

Tratteremo di ogni singolo organo e, soprattutto, della o delle patologie che in maniera più importante condizioneranno la vostra salute durante la vita.

Di ogni patologia spiegheremo brevemente: cos'è l'organo di cui si parla; cosa è la patologia, quanto e quando è frequente (detta anche epidemiologia di una patologia); come si presenta (sintomatologia); come i medici faranno per accertare di cosa si tratti (diagnosi); cosa faranno per cercare di curarvi (terapia); che possibilità avrete di uscire indenni dalla malattia (prognosi).

Ma la parte più importante (della parte riassunta sopra saranno i medici a occuparsene) è la prevenzione: cosa voi dovrete fare per evitare tali patologie.

Marco Macciantelli

Dottore di ricerca in Filosofia, Sindaco di San Lazzaro di Savena (BO)

La riforma dello Stato sociale

Dopo alcuni secoli, il modo in cui l'istituzione ospedaliera ha rappresentato la propria missione merita di essere rivisitato, secondo una logica non ragionieristica, ma di ciò che realmente serve alla terapia, alla cura, al paziente.

Da tempo si ragiona di riforma dello Stato sociale e si insiste sul concetto di appropriatezza. Lo si fa, per lo più, sul lato dell'offerta. Forse, è giunto il momento di riconoscere che il welfare verso il quale tendere dovrebbe basarsi su un'appropriatezza anche sul lato della domanda. Non i tagli per i prossimi sei mesi; il progetto di società per i prossimi sessant'anni. Tutti conoscono la situazione della spesa pubblica e sanno come la sua riduzione rischi di incidere drammaticamente sui servizi. Possiamo, giustamente, continuare a ripetere che non ci sono più soldi. Possiamo anche fare delle scelte, cercando di promuovere, a dispetto delle ristrettezze proprie di un momento di crisi, politiche di innovazione sociale che non comportino costi, ma che, in alcuni casi, concorrano a riqualificare la spesa, senza smettere di preparare le condizioni per la comunità di domani. Occorre una visione più ampia, tale da coinvolgere il modo di fare relazione tra cittadini e sistema sanitario. Occorre investire fiducia e speranza in una comunità fondata, da un lato, su diritti universalisti e, dall'altro, sulla responsabilità sociale della persona, su stili di vita più orientati alla salute. È evidente che non siamo all'anno-zero, ma, forse, occorrono ulteriori stimoli. Nel nostro territorio, per esempio, si sta affermando una cultura della salute, all'interno dei nostri Piani di zona, orientata alla prevenzione, un valore sociale che non può dipendere solo dalle istituzioni. Movimento, sport, ambiente, abitudini. Da ultimo, un'indagine sulla sindrome metabolica che offre alle persone informazione e strumenti di autocontrollo. Si dice: una visione olistica. Occorre coscienza del fatto che la salute non dipende solo da noi, ma, almeno in parte, anche da noi. Il tema è affrontato nelle Democrazie più avanzate, merita la massima cautela, ma non credo sia corretto sottrarci all'esigenza di una riflessione ben impostata. Uno degli autori che hanno caratterizzato il secolo scorso è stato Michel Foucault, il quale raccomandava di considerare il potere non un luogo, ma una relazione e, tra le situazioni significative, quelle ove si determina il senso di un'istituzione totale, chiusa, concentrazionaria. Ad esempio, l'ospedale. A lui dobbiamo la ricerca sulla nascita della clinica. Lì si spiega come l'ospedale abbia avuto un inizio e come anch'esso sia un frutto storico determinato, destinato a modificarsi con la trasformazione delle nostre società. In parte, è già accaduto, in parte potrà, ulteriormente, accadere. Bisogna prepararsi, non con le forbici contabili, ma con le strategie della sostenibilità. Dopo alcuni secoli, il modo in cui l'istituzione ospedaliera ha rappresentato la propria missione merita di essere rivisitato, secondo una logica non ragionieristica, ma di ciò che realmente serve alla terapia, alla cura, al paziente. In questo ambito, occorre sempre più ragionare di una medicina di base che accolga, nella sua autonomia professionale, le metodiche della teoria dell'organizzazione partendo dal lavoro di équipe. Deve essere offerto, in misura sempre maggiore, un presidio fuori, prima e dopo l'ospedale, a partire dalle Case della salute. Alcuni mesi fa, nel corso di un'intervista rilasciata ad un grande quotidiano nazionale, Umberto Veronesi ha spiegato come, a suo avviso, almeno il 40% degli ospedali del nostro Paese meriterebbe di essere rivisto e riorganizzato. Oltre c'è

**VEDRÀ CHE TRA NON
MOLTO I MIEI COLLEGHI
DECIFRERANNO LA
RICETTA DEL SUO MEDICO**



la rete ospedaliera, vale a dire un sistema territoriale che preveda presidi sanitari differenziati ed integrati consentendo la scelta dell'offerta terapeutica più appropriata. Non tutto a due passi da casa, il che, evidentemente, non è possibile, ma la risposta dove essa risulti più adeguata. Anche in questo caso occorre prendere congedo dai confini municipalistici. Adeguatazza significa maggiore garanzia di efficacia. La letteratura scientifica sottolinea la stretta correlazione esistente tra sicurezza, risultati dei trattamenti, volumi di attività. Oggi l'Italia vanta un rilievo nel mondo, insieme al Giappone, dal punto di vista dell'aspettativa di vita. Un bambino che nasca in questo istante ha davanti a sé un'aspettativa di vita di oltre 80 anni, una bambina di circa 85. Non si può non essere coscienti di questa conquista, un primato che è conseguenza di un sistema sociale e sanitario, che, nonostante tutto, sin qui ha funzionato e nel quale è stata debellata la mortalità infantile. Sempre più spesso leggiamo di esploratori del tempo che sfondano la soglia dei 100 anni. Sono pionieri, ma altri, statisticamente, si agguinceranno. Ciò rappresenta una delle questioni di cui non sempre ci si occupa abbastanza. Siamo troppo presi da un eterno presente per poter alzare lo sguardo verso il futuro che ci attende. Il sistema sanitario e lo Stato sociale, sin qui, hanno permesso di raggiungere questi risultati. Ma è bene che quel bambino, quella bambina sappiano che la vita è un dono da custodire e che la qualità della vita merita di essere coltivata con comportamenti conformi. Penso a chi ha dovuto affrontare un trapianto, persone restituite spesso ad una vita normale, che hanno ricevuto dalla Sanità pubblica un intervento che ha salvato loro la vita con un'assistenza completa e senza alcun onere, com'è giusto che sia. La Sanità pubblica di qualità deve continuare ad essere quella che ti salva la vita.

Vito Cagli

Specialista in Medicina Interna, libero docente in Malattie Infettive e in Semeiotica Medica, direttore della collana "Medicina Oggi" della casa editrice Armando

Da dove iniziare

Vi è la necessità di una riorganizzazione degli ambulatori di medicina generale, al fine di ottenere la costituzione di strutture attrezzate che possano assicurare il servizio ai cittadini per dodici ore durante il periodo diurno.

Che la Sanità italiana abbia bisogno di profonde riforme non è questione da porre in forse, tanto è evidente la necessità che ad esse si debba ricorrere. Il punto delicato sta, piuttosto, nel decidere da dove iniziare. Sarebbe, infatti, impossibile, tanto più nell'attuale congiuntura economica, pretendere di cambiare tutto quanto c'è da cambiare entro un breve periodo di tempo. L'elenco delle riforme necessarie riguarda praticamente tutte le voci raccolte sotto il titolo "Sanità", dall'edilizia ospedaliera alle bonifiche ambientali, per non parlare di quanto, pur fuori dalla Sanità, ne influenza profondamente l'efficienza e l'efficacia, come la preparazione universitaria dei medici e degli altri professionisti della Sanità e lo stesso assetto del territorio.

Ma, se desideriamo essere concreti, non chiediamo l'impossibile: ecco, allora, emergere il problema delle priorità. E qui, come è facile comprendere, possono emergere differenze di opinioni anche profonde. Sarebbe, però, tragico se, per continuare a discutere sul cosa fare, non si facesse nulla. Dal canto nostro, senza pretendere di fornire l'unica soluzione giusta, diremo semplicemente cosa pensiamo.

Da medici quali siamo, con lunga esperienza di cliniche universitarie, ospedali ed attività ambulatoriale, non possiamo che partire dalle esigenze dei malati. Essi sanno bene che, per le proprie esigenze di salute, dispongono di due punti di riferimento fondamentali: il medico di medicina generale (MMG) per quella che potremmo chiamare la "normale amministrazione" e l'ospedale per le malattie più gravi e per le urgenze/emergenze. È, dunque, a questi due comparti sanitari che dovrebbero essere tesi con priorità i provvedimenti di riforma.

Il MMG svolge oggi compiti assai più complessi e difficili di quanto lo fossero quelli che gravavano sulle spalle del medico condotto. Questi suppliva con la propria disponibilità alla frequente inefficacia delle terapie allora disponibili. Oggi, in una medicina assai più ricca di mezzi d'indagine diagnostica e di possibilità terapeutiche di provata efficacia, il "potere diagnostico e terapeutico" del medico è notevolmente

aumentato e, corrispettivamente, sono cresciute le sue responsabilità e le attese dei pazienti, tra l'altro sempre più consapevoli del proprio diritto alla salute e sempre più informati ed acculturati.

Di qui la necessità non soltanto di un "nuovo" MMG, ma anche di una nuova organizzazione della medicina "di base". Al MMG non può più bastare la sua capacità di visitare il paziente per formulare una diagnosi corretta. Non può bastare anche perché ciò che oggi si pretende, da parte sia della medicina come teoria, sia dei pazienti, è che un'affermazione, quale è la diagnosi, sia suffragata da "prove", come i riscontri costituiti da esami strumentali o di laboratorio.

Non pochi tra i MMG hanno provveduto, per conto loro, a munirsi, previa acquisizione delle relative competenze, di un elettrocardiografo e qualcuno anche di un ecografo. Tuttavia, l'iniziativa non può essere lasciata ai singoli, ma dovrebbe essere adeguatamente pianificata. Anche la possibilità di effettuare alcune semplici e correnti analisi di laboratorio sarebbe di grande utilità. Tutto ciò comporta un adeguamento dei programmi di formazione del MMG e l'istituzione di appositi corsi pratici per i MMG già in servizio. E non basta. Analogamente a quanto accade, per esempio, in Gran Bretagna, il MMG dovrebbe essere sempre affiancato da un laureato/a in scienze infermieristiche, cui potrebbero essere devoluti alcuni compiti oggi svolti dal medico, come, ad esempio, i controlli periodici della pressione arteriosa negli ipertesi, in trattamento o no, i controlli della glicemia nei diabetici di tipo 2 in compenso metabolico, l'esecuzione dell'elettrocardiogramma che verrà poi letto dal medico.

Vi è, infine, la necessità di una riorganizzazione degli ambulatori di medicina generale.

Per l'attrezzatura ed il funzionamento di ambulatori organizzati come sopra si è detto, sarà necessario studiare forme di finanziamento e/o di fornitura diretta della strumentazione e del materiale d'uso, mentre per il personale ausiliario del medico sarà necessario studiare il tipo di rapporto più conveniente, anche in funzione di eventuali modifiche della remunerazione ai medici. Si trat-

ta, come è evidente, di un insieme di provvedimenti che richiedono un certo tempo, sia per la preparazione del personale, sia per l'implementazione delle nuove attività e dei nuovi orari. Ma, appunto per questo, sarebbe necessario mettere in cantiere rapidamente la riforma e dare ad essa esecuzione progressivamente.

Veniamo, ora, a qualche notazione sugli ospedali. Nel breve periodo in cui il professor Umberto Veronesi fu Ministro della Salute, poté rilevare come circa la metà degli ospedali italiani fosse inidonea ai propri compiti a causa di problemi relativi all'edilizia. In altre parole, ospedali vecchi, o addirittura fatiscenti, o anche, semplicemente, strutturati sotto il profilo edilizio secondo canoni ormai inadeguati. I grandi ospedali a padiglione, come furono costruiti principalmente nei primi trent'anni del secolo XX, ne sono un esempio: i loro lunghi percorsi orizzontali rappresentavano un aspetto positivo per difendersi dal contagio delle malattie infettive, allora molto diffuse, ma sono diventati un elemento negativo quando, ormai, i problemi sono divenuti altri. Il costo del personale ausiliario (come di tutto il personale sanitario) è elevato. Di conseguenza, il tempo di tale personale non andrebbe sprecato negli spostamenti a piedi per attraversare lunghi corridoi. Non parliamo, poi, della difficoltà che la struttura a padiglioni crea per un'organizzazione funzionale dipartimentale, la quale reclama la stretta collaborazione tra competenze diverse che hanno la necessità di integrarsi e lavorare insieme.

La precarizzazione del personale e l'assistenza infermieristica affidata a personale non stabile (fornito spesso da cooperative) hanno contribuito anch'esse alle attuali difficoltà. Così, l'ospedale è divenuto un luogo in cui il personale lavora male, è insoddisfatto e, quel che è peggio, sono spesso insoddisfatti i malati.

Porre, dunque, i presupposti per avviare un piano di ristrutturazione edilizia di molti ospedali e riorganizzare il personale, a tutti i livelli, per assicurare condizioni di lavoro che garantiscano efficienza e sufficiente attenzione al ricoverato come essere umano, ci sembra fondamentale. E sarebbe, altresì,

necessario riconsiderare i criteri attraverso i quali ogni operatore sanitario viene assunto in servizio negli ospedali. Chi, come noi, ha l'ambiguo privilegio dell'età, è buon testimone di quanto, un tempo, si studiasse per prepararsi ai concorsi, da quello per assistente a quello per aiuto, fino a quello per primario. Anche allora potevano avere influenza raccomandazioni ed appoggi, ma nessun candidato desiderava passare per ignorante davanti ad esaminatori che, poi, avrebbe ancora incontrato nella propria attività e che, spesso, già conosceva. Comunque si studiava per non sfigurare al concorso.

Vi è poi da aggiungere che disporre di ospedali ben strutturati e ben funzionanti dovrebbe accompagnarsi ad un numero e ad una dislocazione dei presidi rigorosamente parametrati alle reali necessità della popolazione, poiché l'ospedale resta comunque un centro di costo tra i più elevati. Ma una tale razionalizzazione presuppone che l'ospedale sia un luogo di ricovero per malati che di quel ricovero hanno incondizionatamente bisogno. Ospedali, dunque, per malati acuti o per malati che necessitano di interventi chirurgici,

o comunque invasivi, che vanno al di là di quanto può farsi in day-hospital o in day-surgery.

Due interventi sarebbero necessari a questo fine, oltre alla rimodulazione dell'attività dei MMG, di cui si è detto. Sarebbe molto utile il potenziamento della specialistica ambulatoriale. "Infilarsi" in ospedale perché non si riesce ad avere altrimenti una prestazione specialistica o un esame costoso è qualcosa che, se diffusa, contribuisce al malfunzionamento degli ospedali, a cominciare dall'"invasione" di codici bianchi e verdi nei DEA (Dipartimento Emergenza e Accettazione). I Poliambulatori specialistici dovrebbero, però, essere attrezzati adeguatamente con strumenti di indagine, come avviene già in alcuni (pochi) eccellenti esempi. Sarebbe anche opportuno ripensare, specialmente là dove sono assenti o insufficienti servizi di day-hospital, all'istituzione di Centri di vera e propria consulenza ambulatoriale (anche questi già sperimentati con successo in passato) che lavorino come un vero e proprio ospedale diurno, capace di assumere in carico un malato e di provvedere a tutte le visite e le indagini ne-

cessarie per giungere anche a diagnosi complesse ed alla prescrizione delle opportune terapie.

Infine, un secondo intervento per evitare un uso improprio dell'ospedale da parte di quei malati che, per l'età avanzata e per determinate disabilità, incontrano difficoltà a muoversi, è il potenziamento dell'assistenza domiciliare. Medici ed infermieri che, secondo una pianificazione stabilita caso per caso, si rechino a domicilio potrebbero risolvere non pochi problemi con soddisfazione dei pazienti che restano a casa propria e con un non indifferente vantaggio economico.

Abbiamo tracciato un sintetico panorama di quelle che a noi sembrano, partendo dalle necessità dei malati, le provvidenze fondamentali e più urgenti da prendere nel campo della Sanità. L'elemento condizionante è costituito dalla disponibilità di mezzi economici, ne siamo ben consapevoli. Ma ci sono anche qualità come l'impegno e la dedizione che non costano nulla e che rendono molto. Impegniamoci, dunque, a spenderli in favore di una Sanità migliore, in attesa di quelle riforme che restano, comunque, necessarie.

Martina Masin

Università degli Studi di Padova, Facoltà di Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani

La legislazione sanitaria

Un viaggio tra fonti internazionali e diritto alla salute. La spesa sanitaria pubblica dovrebbe essere quanto destinato alla salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie, ma, in realtà, secondo i dati ISTAT, copre solamente il 7% del PIL.

Sono necessari dei tagli alla spesa pubblica. La Sanità costa enormemente allo Stato. Ci sono delle spese eccessive.

Oggi come oggi, parlare di Sanità può apparire assolutamente scontato. Ne scrivono tutti i giornali, se ne discute impropriamente nella maggior parte dei talk show televisivi o alla radio come fosse un qualcosa di dominio pubblico, riguardante tutti. Si tratta di un tema, di un problema, che riguarda tutti. Noi studenti di Relazioni Internazionali e Diritti Umani veniamo quotidianamente sottoposti a tematiche critiche e abbiamo l'immensa fortuna di poterle osservare, analizzare e valutare con strumenti differenti da quelli proposti comunemente dai mezzi di informazione. Tramite lo studio dei principali strumenti normativi internazionali, possiamo capire come nulla sia scontato ed ovvio, e, soprattutto, quanto tutto quello che dovrebbe esserlo, per la sua portata fondamentale, non lo sia affatto, a causa di interessi distorti. Con l'occasione, avendo l'opportunità di trattare di una tematica calda come quella della Sanità, e dei tagli a cui questa è soggetta in modo sempre più urgente, e, talvolta, sconsiderato, vorrei focalizzare l'attenzione su questi fantomatici strumenti, così spesso lontani dalla gente, ma, in realtà, vicinissimi alle persone, essendo nati per tutelarle. In essi emerge chiaramente un diritto fondamentale, il diritto alla salute, preso sempre meno in considerazione, ma sempre più necessario, in un'ottica di protezione da parte delle istituzioni nei confronti dei cittadini e degli individui che esse rappresentano.

Molte Carte internazionali e regionali, Trattati, Convenzioni e Dichiarazioni trattano, infatti, dei temi riguardanti la Sanità. Soprattutto, recano chiari riferimenti al diritto alla salute. La Carta delle Nazioni Unite (San Francisco, 26 giugno 1945) per prima contiene al suo interno dei riferimenti precisi alla Sanità e al diritto alla salute. In particolare, l'art. 13 recita che "L'Assemblea generale intraprende studi e fa raccomandazioni, tra le altre cose, allo scopo di sviluppare la cooperazione

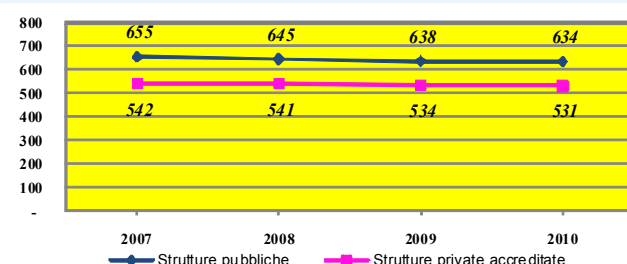
internazionale nei campi economico, sociale, culturale, educativo e della Sanità pubblica". Interessante l'art. 55 della suddetta Carta, nel quale viene sancito che "Al fine di creare le condizioni di stabilità e di benessere che sono necessarie per avere rapporti pacifici ed amichevoli tra le Nazioni, basati sul rispetto del principio dell'eguaglianza dei diritti o delle auto-decisioni dei popoli, le Nazioni Unite promuoveranno la soluzione dei problemi internazionali economici, sociali, sanitari e simili e la collaborazione internazionale culturale ed educativa". Significativo, al riguardo, è l'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (New York, 9 dicembre 1948): inizia affermando che "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed infine ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia". La Convenzione internazionale sui Diritti economici, sociali e culturali (New York, 16 dicembre 1966) stabilisce, all'art. 12, che "Gli Stati parte di tale patto riconoscono il diritto di ogni individuo di godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. Gli stessi Stati devono, per assicurare la piena attuazione di tale diritto, prendere tutte le misure necessarie per assicurare la diminuzione della mortalità infantile, il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale, la prevenzione e la cura delle malattie epidemiche e la creazione di condizioni che assicurino a tutti i servizi medici e di assistenza medica in caso di malattia". In questo contesto, un ruolo significativo è assunto anche dalla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani (19 ottobre 2005): all'art. 15 asserisce che "I benefici derivanti da qualunque ricerca scientifica e dalle sue applicazioni dovrebbero essere condivisi con l'intera società e con la comunità internazionale, in particolare con i Paesi in via di sviluppo. Questo tramite assistenza speciale e sostenibile, e relativo riconoscimento, alle persone e ai gruppi che hanno preso parte alla ricerca; accesso ad un trattamento sanitario di qualità; fornitura di nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche, o dei prodotti derivati dalla ricerca; sostegno per i servizi sanitari; accesso alla conoscenza scientifica e tecnologica; agevolazioni per la creazione di istituzioni per la ricerca".

A livello regionale, l'Europa può vantare numerosi strumenti che dettano indicazioni ed intenti su Sanità e diritto alla salute. Tra questi, è significativa la Carta Sociale Europea del 1961, riveduta nel 1996: all'art. 11 afferma che "Ogni persona ha diritto di usufruire di tutte le misure che le consentano di godere del migliore stato di salute ottenibile e che per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le parti s'impegnano ad adottare sia direttamente, sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte ad eliminare, per quanto possibile, le cause di una salute deficitaria, a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute ed infine a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni". Anche il Trattato sull'Unione Europea di Maastricht del 1993 contiene riferimenti alla materia, come il Trattato sul funzionamen-

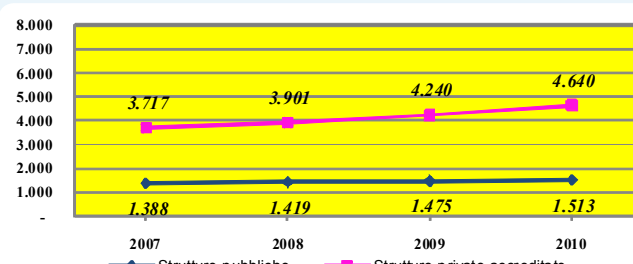
**NON SI PREOCCUPI, È
UN VACCINO ANTI
INFLUENZALE CHE HO
PROVATO SU DI ME
ED HA IRRILEVANTI
EFFETTI COLLATERALI**



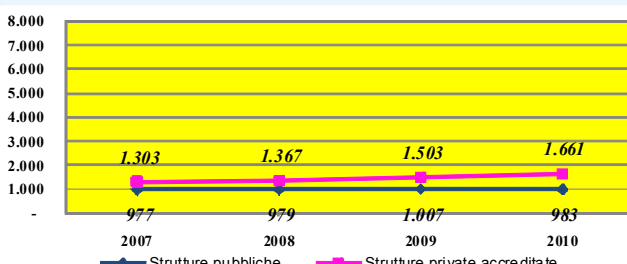
ASSISTENZA OSPEDALIERA



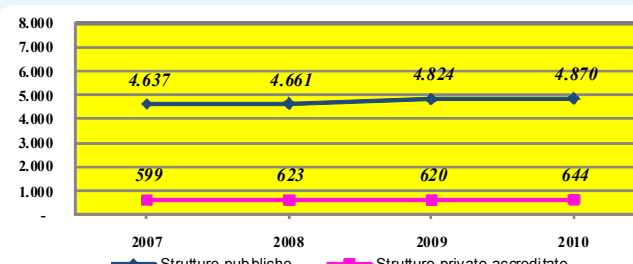
ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE



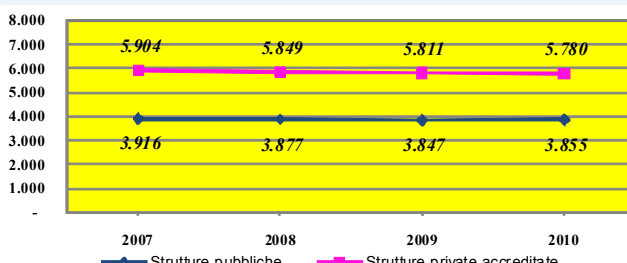
ASSISTENZA TERRITORIALE SEMIRESIDENZIALE



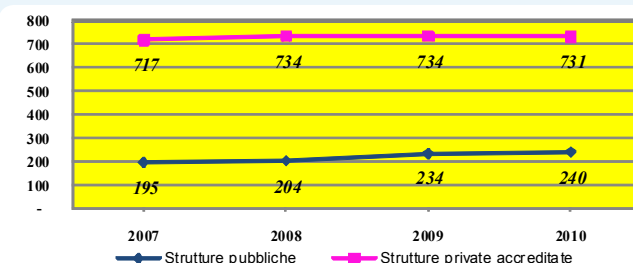
ALTRA ASSISTENZA TERRITORIALE



ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE



ASSISTENZA RIABILITATIVA ex art. 26



to dell'Unione Europea. Agli artt. 6, 9, 153, 169, 191 impegna l'Unione Europea a sostenere, promuovere e coordinare gli Stati parte in politiche volte a tutelare la salute tramite politiche sanitarie, lavorative e ambientali. In particolare, la prima parte dell'art. 168 afferma che "Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana... l'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della Sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale". Altro importante strumento è la Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea: all'art. 35 afferma che "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali... nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana".

Ma passiamo, ora, all'Italia, a ciò che ci è più vicino, che ci tocca dall'interno ed in modo diretto. A livello nazionale, lo strumento normativo più importante è, risaputamente, la Costituzione. Al suo interno, essa contiene indicazioni significative a proposito delle politiche che lo Stato italiano deve adottare in materia di Sanità nel rispetto del diritto alla salute dei suoi cittadini. Il primo comma dell'art. 32, inserito nella parte inerente i rapporti etico-sociali, afferma, infatti, che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Questo precetto deve essere letto assieme agli artt. 2, 13 e 38. L'art. 2 asserisce che "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"; l'art. 38 prevede misure assistenziali a favore di quelle categorie di individui toccate da maggiore criticità come inabili e immigrati; l'art. 13, infine, contiene indicazioni generali sulla tutela delle libertà personali, toccando anche le tematiche sanitarie.

Arrivati a questo punto, non ci resta che osservare come si siano comportate le varie legislature italiane nell'ambito delle politiche sanitarie, con una veloce panoramica sulle principali riforme.

Sicuramente significativa è la legge n. 833 del 1978, che abolisce definitivamente il vecchio sistema sanitario di stampo mutualistico per istituire il Servizio Sanitario Nazionale, definito come "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio". Il SSN arriva ad una visione della Sanità come servizio universale, egualitario e territoriale. Con la parallela istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, ripartito dalle Regioni tra le nuove ULS, si intende organizzare e sviluppare un sistema che copra tutti gli ambiti, dalla prevenzione alla cura, e per tutti i cittadini allo stesso modo. La successiva svolta si realizza negli anni '90. Domina una forte tensione rivolta al decentramento delle strutture a favore di nuovi modelli organizzativi, in larga parte regionali. In questi anni vengono attuate significative modifiche a livello amministrativo e politico. Tra gli obiettivi principali emergono prepotentemente il miglioramento del servizio sanitario e, soprattutto, il contenimento e la riduzione dei costi. Due Decreti Legislativi diventano protagonisti, il D. Lgs. n. 502/92 e il D. Lgs. n. 517/93. Apportano modifiche volte a favorire la concorrenza amministrativa degli enti come metodo di riduzione dei costi e potenziano in modo significativo il ruolo delle Regioni: da questo momento, esse divengono protagoniste nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e della spesa. Importante l'istituzione, da parte del D. Lgs. n. 502/92, dei cosiddetti LEA (livelli essenziali di assi-

**L'HO FATTA FARE APPOSTA
PER TE. È SENZA GRASSI,
SENZA ZUCCHERI, SENZA
CAFFÈ, SENZA BURRO,
SENZA FARINACEI, SENZA
LIEVITI, SENZA...**



stenza), garantiti dal SSN e parzialmente gratuiti, strumenti di salvaguardia dell'universalità del servizio sanitario tramite i quali viene mantenuta la salvaguardia dei diritti relativi alla salute per ogni cittadino. Altra importante riforma è quella sostenuta dal D. Lgs. n. 299/99, la cosiddetta "Riforma Bindi". La fonte stabilisce una modifica del sistema sanitario: prevede l'attuazione di una collaborazione tra Governo centrale ed enti locali per definire, stabilire e realizzare in concomitanza il piano sanitario. La Riforma statuisce, inoltre, i distretti, articolazioni territoriali di assistenza. Negli ultimi anni ci sono stati numerosi tentativi di nuove riforme del sistema sanitario: ad esempio, la Bossi-Fini, che seguiva lo stampo federalistico di tutta la politica del Governo in carica proponendo un ulteriore trasferimento di competenze alle Regioni tramite modifica dell'art. 117 della Costituzione.

Tutte le riforme attuate dai vari Governi succedutisi nel tempo hanno avuto come obiettivo fondante, oltre al miglioramento del servizio sanitario e delle politiche assistenziali, quello di ridurre la spesa. Vorrei ora chiarirne il concetto, oltremodo annebbiato. Secondo il Sistema europeo dei conti nazionali ed il Sistema europeo delle statistiche della protezione sociale, rappresenta "l'insieme delle operazioni correnti effettuate dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore, utilizzando direttamente proprie strutture produttive o acquistando dalle istituzioni private beni e servizi da erogare ai cittadini in regime di convenzione". La spesa sanitaria pubblica è, quindi, quanto viene destinato alla salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie.

In realtà, secondo i dati ISTAT, la spesa sanitaria pubblica copre solamente il 7% del PIL ed ammonta, nel 2011, a circa 112 miliardi di euro, pari a 1.842 euro all'anno per ogni abitante. Questi livelli variano sensibilmente a seconda dei servizi erogati e, soprattutto, a livello territoriale, in quanto sono presenti notevoli differenze tra la spesa sanitaria delle varie Regioni.

Solo il 7%. Perché? Sempre secondo l'ISTAT, la spesa sanitaria pubblica in Italia risulta notevolmente inferiore rispetto a quella di numerosi altri Paesi europei. In Italia sono stati spesi, nel 2010, una media di 2.359 dollari per abitante. A parità di potere d'acquisto, in Finlandia ne sono stati spesi 2.422, nel Regno Unito 2.857, in Francia e Germania più di 3.000. Nei Paesi Bassi, infine, 4.050.

A mio parere, è realmente necessario domandarsi se la Sanità pubblica sia realmente quel buco nero dove sembra vengano risucchiate tutte le pubbliche finanze e se sia veramente necessario utilizzarne i fondi per sanare l'eccessiva spesa pubblica. Dopo aver osservato come si pongono le principali fonti normative riguardo al diritto alla salute e vedendo, in seguito, come si comportano gli altri Stati, credo che almeno una buona parte della banalità con cui queste tematiche vengono abitualmente discusse si sia persa e che tutto ciò si ponga ai nostri occhi almeno parzialmente in modo diverso.

Anna Conte, Antonella D'Adamo, Andrea D'Attis,
Ricercatori CEIS (Centre for Economic and International Studies)
Facoltà di Economia – Università di Roma Tor Vergata

La valutazione delle performance

La valutazione delle prestazioni dei dirigenti comprende i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative ad essi assegnate ed è orientata a promuovere il raggiungimento degli obiettivi concordati in maniera partecipata e l'orientamento verso valori di efficienza, efficacia, innovazione e trasparenza.

Il tema della misurazione e della valutazione delle performance della dirigenza regionale, con specifico riferimento al settore sanitario, rappresenta un tema di grande attualità che richiederebbe una maggiore focalizzazione rispetto al contenuto della valutazione.

Il Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, in attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, conosciuto anche come "legge Brunetta", ha previsto un sistema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Prima dell'entrata in vigore della "legge Brunetta", non esistevano disposizioni di legge e norme contrattuali che disciplinassero la valutazione del personale e quella dei dirigenti. Il D. Lgs n. 286/1999 stabiliva, infatti, la necessità di attivare tra le forme di controllo interno anche la valutazione delle prestazioni dei dirigenti e, sul piano contrattuale, l'adozione di sistemi di valutazione e la creazione di specifici nuclei come condizione per l'erogazione dell'indennità di risultato a dirigenti e titolari di posizione organizzativa. Sempre sul piano contrattuale, veniva altresì stabilito il vincolo per i dirigenti di valutare il personale ai fini dell'erogazione dell'indennità di produttività e per le progressioni economiche. Mancavano, però, disposizioni sul contenuto della valutazione.

Tra le novità di maggior rilievo della riforma vi è l'istituzione del CIVIT (Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche), un organismo centrale a cui viene assegnato il compito di "indirizzare, coordinare e sovrintendere all'esercizio indipendente delle funzioni di valutazione, di garantire la trasparenza dei sistemi di valutazione delle amministrazioni pubbliche e dei sistemi di indicatori di produttività e di misuratori della qualità del rendimento del personale, di assicurare la comparabilità e la visibilità degli indici di andamento gestionale" (art. 13). Questo nuovo organismo svolge una rilevante funzione di guida e impulso della riforma e di raccordo tra le esistenti Agenzie di valutazione, operando secondo logiche di tipo top-down (attraverso linee guida, requisiti minimi e direttive) e bottom-up, garantendo la qualità delle risorse umane, un livello di trasparenza elevato (attraverso il portale della trasparenza) e la comparabilità delle performance (indicatori di andamento gestionale).

Altra novità normativa è l'introduzione degli organismi indipendenti di valutazione della performance (OIV) che garantiscono, dall'interno delle singole amministrazioni, la definizione dei sistemi di valutazione¹. La maggior attenzione alla necessità di verificare in maniera e misura più adeguate il complesso lavoro svolto dai dirigenti ed il severo legame costruito dai provvedimenti "Brunetta" tra valu-

tazione della performance dirigenziale e premialità si inseriscono in un momento in cui l'attenzione più generale alle questioni della valutazione si è espressa in più ambiti del sistema pubblico, costituendo ormai un'esigenza centrale e trasversale a più livelli delle Amministrazioni pubbliche. Si tratta di avvicinarsi a quella cultura o logica del risultato rispetto alla quale le pratiche della valutazione, intese in senso lato, sono in grado di offrire ai cittadini maggiore trasparenza sull'effettivo operato delle strutture pubbliche e concreti elementi per giudicare con maggiore precisione prodotti ed esiti dell'attività amministrativa.

La legge Brunetta promuove l'idea che vi sia una selezione competitiva dei migliori dipendenti e delle migliori unità organizzative sulla base della capacità innovativa e della performance ed incrementa il livello di autonomia e responsabilità dei dirigenti, considerati come "privati datori di lavoro".²

Da una prima analisi, emerge che le disposizioni normative recanti indirizzi per la predisposizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance sono state variamente applicate nelle diverse Regioni, ancorché in osservanza di principi generali.

I Governi esecutivi regionali hanno legiferato in maniera differente: alcune Regioni hanno identificato un organismo indipendente di valutazione; altre hanno applicato il principio di trasparenza rendendo accessibili pubblicamente alcune informazioni in merito ai risultati della valutazione. Altre Regioni, infine, hanno individuato dei sistemi premianti selettivi e le modalità di accesso alla qualifica dirigenziale.

Partendo dalle indicazioni fornite dalla normativa nazionale, abbiamo provato a verificare il sistema di misurazione e valutazione delle performance che si presta ad essere implementato a livello regionale e a livello di singola struttura sanitaria.

In particolare, abbiamo scelto di analizzare l'esperienza delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata adottando un metodo di ricerca qualitativo, utilizzando varie fonti e metodi di raccolta dei dati, quali interviste semi-strutturate e analisi di documenti ufficiali.

² Essi, infatti, in base al testo normativo sono:

- a) responsabili dell'individuazione dei profili professionali necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e al raggiungimento degli obiettivi;
- b) responsabili in caso di omessa vigilanza sull'effettiva produttività delle risorse umane assegnate e sull'efficienza della struttura;
- c) responsabili dell'attribuzione dei trattamenti economici accessori (ad essi compete la valutazione dei dipendenti);
- d) responsabili della mancanza di verifiche ed attestazioni (qualora sia determinata da colpa o dolo) che, non garantendo la presenza di opportuni elementi di valutazione, non consentono la distribuzione dei premi. Anche ai dirigenti non verrà corrisposta l'indennità di risultato in assenza del sistema di valutazione.

¹ Gli organismi indipendenti di valutazione sostituiscono i servizi di controllo interno, di cui al D. Lgs. n. 286/1999 ed esercitano, in piena autonomia, le attività inerenti alla misurazione ed alla valutazione della performance.

La scelta dell'approfondimento sul sistema sanitario della regione Basilicata deriva dal lavoro sul sistema di valutazione e di premialità, portato avanti già dal 2005, al fine di rispondere all'esigenza di uniformare e raccordare i processi di valutazione delle prestazioni e della dirigenza. Nella Regione Basilicata, il sistema di valutazione delle prestazioni della dirigenza fa leva sull'attenzione posta alle modalità con cui gli obiettivi sono perseguiti, cioè sui comportamenti e sulla necessità di indirizzare il processo a fini dello sviluppo delle prestazioni e della professionalità. La valutazione delle prestazioni dei dirigenti comprende i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative ad essi assegnate ed è orientata a promuovere il raggiungimento degli obiettivi concordati in maniera partecipata e l'orientamento verso valori di efficienza, efficacia, innovazione e trasparenza. I soggetti coinvolti nel sistema sono: Giunta Regionale, Dirigenti Generali, Dirigenti regionali, Nucleo di Valutazione. I Nuclei di Valutazione hanno il compito di predisporre relazioni periodiche sull'avanzamento del processo e rapporti sui pareri espressi nei confronti della Giunta. Supportano la valutazione dell'attività dei Dirigenti Generali dei dipartimenti e si occupano della "validazione ex ante ed ex post delle metodologie di graduazione e di valutazione relative alle posizioni e prestazioni dei dirigenti e dei dipendenti della Regione". La Giunta Regionale effettua la valutazione dei Dirigenti Generali, dei dirigenti apicali ("direttori") degli Organismi strumentali privi di specifici organi di valutazione e degli altri dirigenti la cui valutazione non è di competenza dei singoli Dirigenti Generali o del CICO. Quest'ultimo effettua la valutazione dei dirigenti delle strutture e delle posizioni ad esso incardinate e di quelli aventi anche la responsabilità di Area funzionale. La valutazione della restante parte della dirigenza regionale è effettuata dai singoli Direttori Generali, per quanto di rispettiva competenza. Il processo di valutazione è articolato in fasi preventive, intermedie e consuntive, in modo tale da accompagnare ed

orientare efficacemente e tempestivamente la gestione delle risorse e dei risultati. La valutazione tiene conto di due fattori: risultati, con un'incidenza del 50% rispetto alla valutazione complessiva; comportamenti e capacità manageriali, sempre con un'incidenza del 50% rispetto alla valutazione complessiva. I risultati dell'analisi mostrano come i sistemi di valutazione della dirigenza nelle Regioni italiane siano stati concepiti in maniera abbastanza rigida e che la loro applicazione, negli anni, sia stata vissuta più come un mero adempimento burocratico piuttosto che uno strumento di gestione da acquisire ed interiorizzare. Emerge, quindi, la necessità di promuovere, sviluppare e sostenere un cambiamento culturale che faccia comprendere il contributo che i sistemi di valutazione possono offrire alla crescita individuale ed organizzativa. In tal senso, l'utilità della valutazione della performance risiede proprio nel suo essere elemento di incentivazione del personale, quello dirigenziale in particolare, e quindi di stimolo al miglioramento della qualità dei prodotti e dei servizi offerti dalle strutture pubbliche. Se, da un lato, valutare a seguito della misurazione sembra finalizzato ad assegnare premi/ricompense, dall'altra può spingere a raggiungere un obiettivo (motivazione). La formazione, per esempio, non può essere intesa solo come un premio per i meritevoli (come recita il D. Lgs. 150/2009). Questa rappresenta, infatti, uno strumento strategico imprescindibile per traghettare un vero cambiamento (Crozier, 2010) e costituisce il vero motore dello sviluppo. L'implementazione del nuovo sistema, valorizzando i metodi e gli strumenti esistenti, per la parte in cui risultano rispondenti alle esigenze di compiuta rappresentazione della performance, richiede la strutturazione di un percorso di cambiamento che, gradualmente, indirizzi e supporti anche il personale del comparto coinvolto nel processo di valutazione. Valutare le risorse umane non significa semplicemente misurarne l'operato, ma vuol dire partire da un presupposto di base: dar loro importanza, valorizzarle.

Nerina Dirindin
Docente di Economia Pubblica e di Scienza delle Finanze presso l'Università di Torino.
Presidente del Coripe Piemonte, coordinatrice del Master in Economia e Politica Sanitaria
Giuseppe Pisauro
Professore di Scienza delle Finanze presso l'Università "La Sapienza" di Roma

C'è bisogno di governance

I recenti scandali nella Sanità, legati al rapporto tra Servizio sanitario nazionale e settore privato, mettono in evidenza la debolezza del sistema di governance in un settore particolarmente esposto al rischio di utilizzi impropri delle risorse pubbliche e spesso di vera e propria corruzione.

La recente sequenza di scandali nella Sanità, legati al rapporto tra Servizio sanitario nazionale e settore privato (fornitori di materiale di consumo e tecnologie, case di cura accreditate, eccetera), mette in evidenza la debolezza del sistema di governance in un settore particolarmente esposto al rischio di utilizzi non adeguati delle risorse pubbliche e spesso di vera e propria corruzione. Ma, contrariamente ad altri Paesi, l'Italia non ha ancora nemmeno iniziato ad affrontare il problema in modo serio.

LA CORRUZIONE E GLI SPRECHI FANNO MALE
In tutto il mondo, il settore sanitario è considerato uno dei più esposti al rischio di uso improprio delle risorse pubbliche. Le notevoli dimensioni della spesa, la diffusione delle asimmetrie informative, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, la necessità di complessi sistemi di regolazione non sono che alcuni dei fattori che rendono la Sanità un terreno particolarmente fertile per abusi di potere, interessi privati, guadagni indebiti, distrazioni di risorse, frodi, comportamenti opportunistici e corruzione. Si tratta di un variegato insieme di azioni, di non facile individuazione, tutte caratterizzate dall'abuso di posizioni di potere per scopi privati. Per quanto invisibile, la letteratura specialistica fornisce da tempo stime sul fenomeno della corruzione nella Sanità. Negli Stati Uniti, una quota variabile dal 5% al 10% della spesa dei programmi Medicare e Medicaid è assorbita da frodi e abusi. La Rete europea contro le frodi e la corruzione nel settore sanitario (www.ehfcn.org/), un'organizzazione cui l'Italia non ha purtroppo ancora aderito, stima che in Europa il 5,56% del budget per la Sanità sia assorbito dalla corruzione. Il Regno Unito ha istituito nel 1998 uno specifico servizio per la lotta contro la corruzione all'interno del National Health Service (Counter Fraud Service). Nel 2006, Transparency International, l'organizzazione internazionale che misura il livello di corruzione in tutti i Paesi del mondo, ha dedicato il suo rapporto annuale alla corruzione nella Sanità (www.transparency.org). Il tema merita attenzione anche perché, nel settore sanitario, la corruzione produce effetti negativi non solo sulle finanze pubbliche, ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili, peggiora in modo significativo - a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute ed è associata ad una più elevata mortalità infantile (Global Corruption Report 2006).

LO SQUILIBRIO INFORMATIVO
Il divario informativo fra operatori sanitari e fornitori di beni e servizi è la condizione normale in cui operano buona parte delle aziende sanitarie. Si pensi al caso dell'acquisto di attrezzature e tecnologie ad alto costo. I contenuti tecnici delle forniture e le loro continue innovazioni, la difficoltà a selezionare ed interpretare la letteratura scientifica sull'efficacia (e sul costo-efficacia) di soluzioni alternative, la carenza di informazioni prodotte da esperti "indipendenti", la criti-

cità delle specifiche tecniche non sono che alcuni dei fattori di fronte ai quali il committente - la singola Asl - è spesso sprovvisto di strumenti adeguati per una valutazione del prodotto da acquistare. Sul piano amministrativo, la complessità delle procedure di gara (non a caso, sempre più soggette a contenzioso), la mancanza di esperienza nella fissazione dei livelli di servizio da richiedere al fornitore (quante apparecchiature restano inutilizzate perché i contratti di manutenzione prevedono tempi massimi per l'intervento del tecnico e non anche per il ripristino della funzionalità della macchina), la fissazione di penalità irrisorie rispetto ai danni derivanti da ritardi nella consegna del prodotto o da servizi erogati a livelli di qualità inferiori a quelli concordati (ad esempio, per la pulizia degli ambienti o per la somministrazione di pasti ai degenti), la difficoltà a prevedere le reazioni del mercato dal lato dell'offerta (la tendenza delle imprese a colludere, a fronte di politiche di acquisti su vasta scala), il preciso riferimento alla complessa normativa ed alle evidenze scientifiche (indispensabili in vista di possibili ricorsi), sono tutti elementi che finiscono, inevitabilmente, col favorire la cattura dell'acquirente da parte del fornitore. Le cose peggiorano in caso di contratti di lunga durata, di costruzione e gestione, che spesso impegnano (e legano) i contraenti anche per decenni, imponendo valutazioni finanziarie, oltre che tecniche, molto complesse. Una situazione per certi versi analoga a quella di molti Comuni che hanno acquistato derivati finanziari senza neanche sapere esattamente che cosa stavano sottoscrivendo. Il confronto fra un dirigente pubblico (spesso onesto, ma disarmato) ed un manager di una multinazionale (con un obiettivo di risultato al quale è legata la sua remunerazione integrativa) è in molte situazioni decisamente squilibrato. E la grande multinazionale difficilmente si astiene dall' approfittare della debolezza del cliente, salvo poi accettare la revisione del contratto se messa alle strette magari da una nuova dirigenza o da una nuova amministrazione. Contratti vantaggiosi permettono e incoraggiano l'erogazione di denaro per scopi illeciti: e così complessità e asimmetrie, superficialità e debolezze si trasformano in clausole contrattuali oscure, prezzi eccessivi, pagamenti in nero e corruzione. La tendenza ad accentrare alcune funzioni a livello sovra-aziendale (aree vaste, Asl capofila, unioni di acquisto e così via) costituisce un primo passo, peraltro poco diffuso proprio in quelle Regioni dove più ampio è il problema. Più in generale, il servizio sanitario dovrebbe rafforzare la propria capacità di sottoscrivere contratti completi ed efficienti in tutto il territorio nazionale. Una soluzione ovvia sarebbe la costituzione o il rafforzamento di nuclei di supporto e valutazione a livello centrale, con pareri obbligatori sui contratti più impegnativi e complessi. L'obiezione altrettanto ovvia è il pericolo di creare un nuovo livello burocratico che peggiori invece di migliorare l'efficienza del sistema, specie per quelle Regioni dove il problema è, in qualche modo, già affrontato. Si può ribattere che, se vi è un problema di governance del sistema, esso richiede strutture

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PER TIPO DI STRUTTURA
ANNO 2010

Regione	Strutture pubbliche				Strutture private accreditate			
	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali
PIEMONTE	351	333	68	238	89	6	108	712
VALLE D'AOSTA	2	24		1	3	1	3	11
LOMBARDIA	286	654	159	163	465	102	526	1.179
PROV. AUTON. BOLZANO	35	69	7	9	16	15		78
PROV. AUTON. TRENTO	21	33	8	11	21	7		64
VENETO	218	415	167	163	238	128	304	572
FRIULI VENEZIA GIULIA	95	79	33	61	44	6	16	120
LIGURIA	255	144	24	52	97	8	40	237
EMILIA ROMAGNA	278	555	87	183	182	33	478	730
TOSCANA	518	473	153	216	293	45	96	311
UMBRIA	101	100	43	62	27	2	18	46
MARCHE	91	96	26	65	104	11	3	34
LAZIO	252	417	52	57	584	24	1	116
ABRUZZO	69	115	9	10	97	6	3	58
MOLISE	17	12		1	41	2	6	7
CAMPANIA	295	299	78	103	1.263	128	14	42
PUGLIA	249	275	15	21	411	9	26	122
BASILICATA	65	52	3	14	49	7	1	23
CALABRIA	162	113	10	20	224	10	6	58
SICILIA	328	455	30	45	1.341	87	3	63
SARDEGNA	167	157	11	18	191	7	9	57
ITALIA	3.855	4.870	983	1.513	5.780	644	1.661	4.640

AMBULATORI E LABORATORI: Strutture che erogano attività specialistiche (cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale)
ALTRI TIPI DI STRUTTURE TERRITORIALI: Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consultori materno-infantile, Centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale
STRUTTURE RESIDENZIALI: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

Fonte: Ministero della Salute

di coordinamento. Il fatto che in passato non abbiano funzionato non è ragione sufficiente per rinunciarvi. Non possiamo più permettercelo.

IL FEDERALISMO TARIFFARIO

Un'altra questione dove vi è carenza di coordinamento riguarda le tariffe per le prestazioni ospedaliere e diagnostiche. Esiste un tariffario nazionale, ma è ampiamente derogabile dalle Regioni, con differenze anche superiori al 100%. Così, nei contratti di fornitura di prestazioni sanitarie (ospedaliere o ambulatoriali in convenzione), i tetti massimi di spesa sono modellati in base alle esigenze di fatturato del fornitore (più che al fabbisogno di assistenza). Le tariffe regionali risentono delle pressioni di specifici gruppi di interesse locali e l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza è giustificata dalla presenza di erogatori locali (più che da evidenze scientifiche). L'ampia variabilità delle tariffe regionali è fonte di rendite di posizione e causa di eccessi di spesa (ad esempio, per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale). La situazione descritta può apparire estrema e irrealistica, ma non è così infrequente soprattutto nelle realtà meno mature dal punto di vista tecnico e politico. Dal punto di vista economico, non ci sono motivi per avere tariffe differenziate nel territorio nazionale. Di nuovo, serve un tavolo di coordinamento che porti ad un tariffario unico con variazioni ammesse entro un range ragionevole (al massimo del 10-15%). Un analogo problema di coordinamento e programmazione è quello dei centri cosiddetti di eccellenza. Di quanti centri trapianti di fegato ha bisogno una Regione? E l'intero Paese? La distribuzione nel territorio nazionale dei centri di eccellenza, strutture complesse e costose, è frutto di scelte oggi demandate al livello regionale. Ci sono, ad esempio, Regioni con troppe emodinamiche o troppe cardiocirurgie. Si tratta di settori nei quali vi sono certamente forti economie di scala e, soprattutto, molte evidenze di qualità del trattamento correlata ai volumi di attività che dovrebbero spingere il decisore ad evitare una proliferazione dei centri. Anche qui c'è un problema di coordinamento e uno spazio evidente per una politica di programmazione concordata a livello nazionale. La qualità della nostra Sanità è molto differenziata nel territorio nazionale. Senza mettere in discussione il ruolo delle Regioni, in alcuni casi svolto egregiamente, è una questione che, per essere affrontata, richiede un ruolo per politiche nazionali. La scommessa è riuscire a disegnarle senza ricadere in un centralismo ottuso. Se vogliamo ridurre sprechi ed inefficienze non abbiamo però alternative.

Publicato su www.lavoce.info il 24 aprile 2012

Requisiti di qualità ed equità

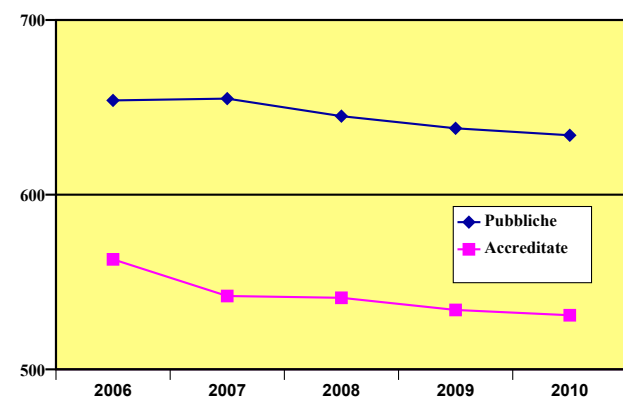
Servono strumenti di coordinamento a disposizione del sistema per una migliore armonizzazione delle fonti disponibili e per una severa vigilanza sui requisiti di qualità.

Il concetto di salute cambia continuamente con il tempo, come cambiano gli utenti dei servizi e le aspettative. Con l'invecchiamento, si sono affermate nuove patologie (si pensi all'enorme tematica della salute mentale dell'anziano); con l'immigrazione, è in continuo mutamento il panorama delle malattie, riportandone alla ribalta alcune appartenenti al nostro passato (si pensi alla tubercolosi, ad esempio); con la globalizzazione, si sono aperte nuove frontiere del rischio, accendendo timori per il possibile diffondersi di malattie infettive che impongono l'attivazione di sempre più efficienti sistemi di sorveglianza (si pensi all'esperienza dell'influenza aviaria). Mantenere la base informativa adeguata a far fronte a tutte queste mutevoli sfide e, al tempo stesso, capace di assicurare uno stretto monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia del sistema sanitario è un compito che meriterebbe importanti investimenti in termini di capacità statistica e di risorse finanziarie. Devono essere rinforzati alcuni snodi critici del sistema. Il più importante di questi è rappresentato dagli strumenti di coordinamento a disposizione del sistema per una migliore armonizzazione delle fonti disponibili e per una severa vigilanza sui requisiti di qualità.

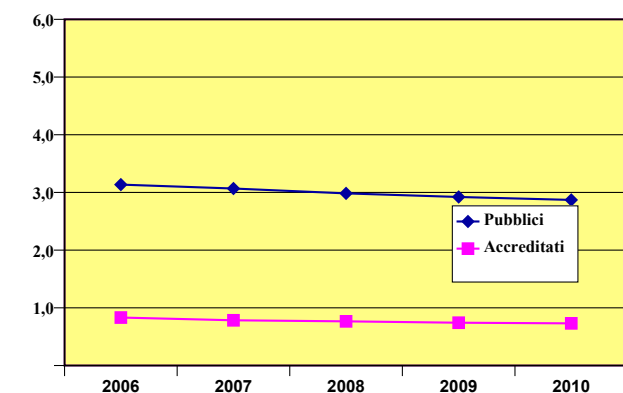
I principali problemi percepiti sono relativi all'equità (ci si riferisce alla disparità tra Regioni per dotazioni infrastrutturali e prestazioni e liste di attesa); agli sprechi, ossia al sottoutilizzo di strutture e a ricoveri impropri; alla comunicazione e a tempi e modi delle cure; all'umanizzazione, riguardante la centralità del paziente e all'outcome, ovvero la qualità di vita, la prevenzione e le morti inevitabili.

di Francesca Zanusso e Mattia Pancin
Università di Padova, Facoltà di Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani

STRUTTURE DI RICOVERO



POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA x 1000 abitanti



Fonte: Ministero della Salute

Marino Andolina

già Direttore del Dipartimento Trapianti di Trieste; vice presidente della Fondazione Stamina

Cure compassionevoli

Ad oggi sono decine i pazienti che continuano il trattamento a Brescia e centinaia in lista d'attesa della terapia con cellule staminali manipolate secondo la metodica stamina.

C'erano una volta le cellule staminali. Se utilizzate in terapia, venivano equiparate a trasfusioni di sangue o a trapianti. Le regole erano quelle che tenevano in considerazione la potenziale trasmissione di malattie infettive, i rischi per il donatore, la qualità del prodotto. La manipolazione veniva attuata in "cappe a flusso laminare", dei tavoli di lavoro sui quali veniva soffiata aria sterile. Più di recente, anche la cappa veniva piazzata in una stanza all'interno della quale l'aria sterile era compressa a pressione superiore a quella atmosferica. Questo tipo di laboratorio è definito "good laboratory practice" (GLP) ed è tuttora quello in cui vengono manipolate le cellule staminali emopoietiche, utilizzate nei trapianti di midollo e sangue placentare. Di solito, i pazienti sono stati sottoposti alla "mieloablazione", la distruzione del midollo con farmaci e radiazioni. Un solo microbo iniettato in vena ad un tale paziente risulta letale.

Per la preparazione di farmaci endovenosi è obbligatoria una metodologia ancora più rigorosa, quella dei laboratori "good manufacturing practice", costituiti da stanze di tipo GLP poste in serie. La prevenzione della contaminazione batterica è giustamente maniacale: un microbo che entrasse in una fiala non darebbe mostra di sé finché non fosse iniettato ad un paziente. Un farmaco deve essere sempre uguale a se stesso, quindi la procedura di lavorazione deve essere standardizzata. Ogni modifica richiede una nuova autorizzazione da parte dell'AIFA e richiede anni.

Dieci anni fa, Europa e Stati Uniti decisero di considerare le cellule come "farmaci". L'Italia recepì questa Direttiva Europea nel 2007. In quel momento, anche l'attività di terapia genica o di trapianto di staminali in utero per curare alcune malattie genetiche si bloccò.

La motivazione della Direttiva è stata, ovviamente, quella della sicurezza per il paziente. Ma c'è qualcuno che sussurra che la Direttiva sia stata l'esito di una battaglia tra la lobby farmaceutica e la lobby dei trapiantatori. Con l'uso delle cellule staminali, probabilmente, metà delle malattie "socialmente rilevanti" (non i tumori) saranno curate con cellule. Miliardi di euro verrebbero spostati da un mercato all'altro.

Cosa c'è di sbagliato nell'imporre una procedura GMP al posto di quella GLP? Prima di tutto, le colture cellulari hanno un sistema interno di salvaguardia. Se un solo microbo entra in una fiasca contenente cellule in terreno di coltura, la colonia cellulare viene immediatamente distrutta, il liquido da rosso diventa giallo e puzza letteralmente. Il terreno di coltura per cellule è anche un terreno di coltura per batteri. Se una coltura si inquina, non muore nessuno. Ci sarebbe, al massimo, un disagio per un paziente che vedrebbe ritardata la cura.

GMP non è solo un luogo fisico sofisticato. È anche una procedura di tipo farmaceutico che richiede anni per passare alla produzione di un prodotto utilizzabile sull'uomo. Ragionevole per le sostanze chimiche, letteralmente "contro Natura" per cellule ed organi. Perché possa essere utilizzabile sull'uomo, un farmaco deve passare per una fase preclinica (animali) e poi per tre fasi di sperimentazione sull'essere umano. In questo modo, le cellule staminali che io prelevassi dal mio stesso midollo osseo dovrebbero essere iniettate in un topo (che le rigetterebbe immediatamente) e poi in altri uomini per alcuni anni, con una spesa di alcune centinaia di milioni di euro.

Ciò che potrei iniettarmi oggi sarebbe, invece, utilizzabile in 5 - 10 anni. Quanto costa la prudenza? Mettiamo che ci siano 1.000 bambini affetti da una malattia genetica letale, curabile con le cellule. Se utilizziamo la procedura trapiantologica (GLP), volendo essere pessimisti, un bambino rischierebbe una grave infezione (personalmente, ho iniettato 1.000 volte cellule per via lombare e sono ancora vergine di accusa di omicidio) e 999 verrebbero guariti. Se utilizzassimo la procedura farmacologica (GMP), nessuno soffrirebbe di un'infezione e 1.000 morirebbero della loro malattia.

Nel dicembre del 2006, il Ministro Turco (o qualcuno per lei) ha promulgato un decreto che cerca di ovviare alla tragedia imminente prodotta dalla Direttiva Europea: qualora un paziente sia in pericolo di vita, o di aggravamento irreversibile, si possono utilizzare cellule staminali per terapia compassionevole (il termine giuridico è terapia avanzata non ripetitiva) prodotte in qualsiasi laboratorio, purché con l'autorizzazione del direttore generale di un ospedale pubblico.

La fretta nello scrivere quel decreto portò ad un testo di difficile interpretazione. Di fatto, tutti quelli che hanno cercato di applicarlo sono stati indagati dalla Procura di Torino.

Dopo un primo tentativo di terapia con staminali manipolate secondo la metodica Stamina, abortito al Burlo Garofolo di Trieste, ho cercato di applicare questo decreto presso gli Spedali Civili di Brescia. Avuto l'OK di Regione Lombardia e Direzione Generale, il prof. Vannoni ed io siamo andati all'AIFA per chiedere conferma della possibilità di applicare il decreto in un laboratorio GLP come quello di Brescia. Anche se non richiesto dal decreto, ottenemmo un'autorizzazione scritta. A Brescia furono trattati 12 pazienti adulti e bambini con malattie gravi e progressive. I risultati furono entusiasmanti, ma l'entusiasmo sparì quando, dopo circa 8 mesi, NAS di Torino ed ispettori di AIFA e Centro Nazionale Trapianti chiusero l'attività in quanto il laboratorio non era GMP.

All'obiezione che il decreto Turco non cita la tipologia del laboratorio, fu opposto il testo di un documento stilato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Requisiti di Qualità Farmaceutica", il quale, nel 2008, suggeriva di applicare le procedure previste dal DM 2006 in un laboratorio GMP. Nel 2008, il decreto Turco stava per decadere e all'ISS si ritenne, giustamente, di anticipare i tempi di una piena applicazione della Direttiva Europea. L'ISS non sapeva che, dopo pochi mesi, il Ministro Fazio avrebbe reiterato sine die il decreto Turco. Prudentemente, il presidente dell'ISS aveva scritto in prima pagina dei Requisiti di Qualità Farmaceutica, in grassetto, che tali suggerimenti non erano imperativi. Eppure, l'AIFA sostiene ancora che questo documento imponga il laboratorio GMP. Dopo il blocco, i pazienti già in cura e molti altri si sono rivolti ai giudici del lavoro (la competenza è Lavoro e Sanità) per ottenere il diritto alle cure almeno secondo l'articolo 32 della Costituzione sul diritto alla salute. Ad oggi, in tal modo sono decine i pazienti che continuano il trattamento a Brescia e centinaia in lista d'attesa.

Per ovviare ad una situazione insostenibile, il Ministro Balduzzi è intervenuto con un decreto che permetteva la continuazione delle cure ai pazienti già in trattamento, mentre ha prescritto il laboratorio GMP per i successivi. Il Senato ha considerato incostituzionale tale discriminazione tra due popolazioni di pazienti ed ha emendato la seconda parte del decreto (decreto 24/13) permettendo la lavorazione cellulare in un laboratorio GLP. Ciò avrebbe permesso la distribuzione su tutto il territorio nazionale di un'attività che rischia di soffocare gli Spedali Civili di Brescia.

A questo voto è seguita una polemica trasferita a livello internazionale che ha coinvolto le maggiori riviste scientifiche, intervenute a gamba tesa su di una decisione politica di uno Stato sovrano, e molti "esperti" di staminali che hanno difeso il concetto della natura "farmacologica" delle cellule. Mi astengo da commenti su chi abbia sostenuto una tesi casualmente molto favorevole alle multinazionali del farmaco.

Il 20 maggio 2013, alla Camera, la situazione si è così capovolta: un nuovo emendamento, votato da PD, PDL, SEL, Lista Monti e Movimento 5Stelle, dichiara che le cellule sono farmaci. La terapia con staminali secondo la metodica Stamina viene concessa e finanziata generosamente purché attuata in laboratori GMP nell'ambito di un progetto di ricerca. Nei prossimi mesi sapremo se questo voltafaccia avrà avuto o meno conseguenze nefaste sulle aspettative di vita per i 18.000 cittadini italiani che hanno chiesto di essere curati con staminali.

Il prezzo della salute

Tratto dall'Introduzione del libro.

Per un sistema sanitario sostenibile nel terzo millennio di Ottavio Davini.

Prefazione a cura di Ignazio Marino (Editore Nutrimenti)

Il XX secolo è stato un periodo denso di tragedie di proporzioni globali, tanto da venire definito, per la sua intensità, il secolo breve. Eppure, è stato anche il secolo che ha portato l'uomo a sbarcare definitivamente sul pianeta della scienza – metodologicamente compiuta ed in grado, finalmente, di dare risposte a molte delle necessità del genere umano – così come è sbarcato sulla Luna.

Al medesimo tempo, è stato il primo secolo – e certamente anche l'ultimo – durante il quale la popolazione umana, cresciuta con estrema lentezza nel corso di migliaia di anni, improvvisamente è esplosa, quadruplicando e passando da 1,5 a oltre 6 miliardi di individui.

Stiamo vivendo un'epoca eccezionale, irripetibile nella storia dell'umanità, ma non abbiamo alcuna contezza sia della straordinarietà del presente, sia dell'incertezza del futuro. Pochi trovano il coraggio di dire che il mondo non sarà mai più lo stesso di prima.

Per decine di migliaia di anni il genere umano si è faticosamente trascinato dalla savana alle steppe e da continente a continente: pochi milioni di individui nomadi e in perenne lotta per la sopravvivenza. Poi si è affacciata quella che oggi denominiamo la fase storica dell'umanità e sono nate le grandi civiltà, dagli Egizi ai Fenici, dai Greci ai Romani. Ma ancora all'epoca di Cristo la Terra era popolata da non più di 250 milioni di individui.

Con l'avvento delle grandi civiltà, l'umanità ha consolidato definitivamente il suo ruolo di specie dominante, introducendo strumenti indispensabili al progresso come la scrittura, forgiando i metalli, modellando le terre e, per la verità, producendo le prime – seppure modeste – cicatrici sulla superficie del pianeta, come il disboscamento selvaggio in Grecia o la sua versione più tragica dell'isola di Pasqua, molti anni dopo.

Non diversa è stata la storia per molti secoli ancora: non era diversa nei momenti più bui del Medioevo, né di molto lo era nel Rinascimento o all'epoca del Re Sole. Per millenni, a fronte di periodiche spinte demografiche, si scatenavano "controsinte" dovute a carestie, guerre o malattie epidemiche (peste, vaiolo, tifo petecchiale, sifilide), che ridimensionavano drasticamente la popolazione.

Si consideri che, dall'anno 1 dell'era cristiana sino al 1700, il tasso medio annuale di crescita demografica è stato intorno allo 0,5%.

Poi crebbe la disponibilità di cibo, arrivò la rivoluzione industriale e, dapprima lentamente, poi con crescente furia, tutto è cambiato: dal 1750 al 1800 il tasso di crescita balzò al 4,4%.

Se facciamo il gioco dell'orologio e immaginiamo la storia dell'homo sapiens sapiens (geneticamente parlando siamo noi) distribuita nell'arco di un solo giorno, potremmo dire che per le prime 23 ore e 58 minuti la popolazione del pianeta non ha mai superato il miliardo di individui, crescendo

in modo irregolare e molto lentamente. Poi è schizzata a 6-7 miliardi. Fino a trenta secondi a mezzanotte, ogni nuovo nato poteva sperare ragionevolmente di vivere in media, a parte fortunate eccezioni, non più di trenta o quarant'anni, a seconda del momento o del luogo dove vedeva la luce. Ma negli ultimi secondi, almeno in alcune parti del globo, questa aspettativa di vita è cresciuta di colpo, sino a superare gli ottant'anni.

Per chi nasce oggi in un Paese ricco, il rischio di morire prima di compiere un anno è inferiore al 5 per mille (solo negli Stati Uniti è maggiore) e la possibilità di morire di parto per una donna si è ridotta, in Italia, ad una su ventimila.

Se volessimo rappresentare graficamente questa dinamica, otterremmo una linea praticamente piatta, con un'improvvisa e rapidissima impennata verso la fine.

Questo impressionante e fulmineo incremento della popolazione e della durata della vita degli esseri umani si è accompagnato ad un'esplosione del potere tecnologico. La scienza, dopo aver giocherellato per millenni, sospesa tra superstizione e qualche rara, felice intuizione, si è fatta strumento sistematico di egemonia.

Questa egemonia dell'uomo sul pianeta mediante la scienza ha reso possibile ciò che appariva sovranaturale, ha espanso le nostre facoltà, ha cancellato le distanze, ha reso quasi impronunciabile, perché eretica per l'ideologia dominante, la parola 'impossibile'.

Cos'è accaduto?

A cosa dobbiamo questa formidabile accelerazione, che ha prodotto un mondo sempre più veloce e senza confini che gira insaziabile intorno a noi?

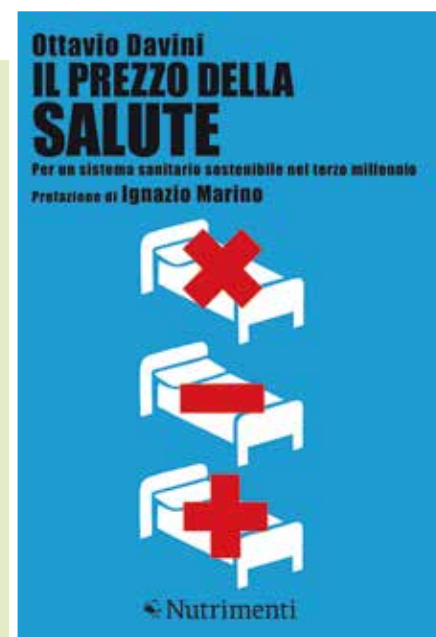
E, soprattutto, quanto a lungo possiamo reggere questa accelerazione e questa velocità?

Esistono buone ragioni per essere preoccupati, anche se il mantra della fede nel progresso ha intorpidito i nostri sensi e pochi sembrano rendersi conto di quanto si stia correndo sul filo.

Il rischio sta nel fatto che il potere della tecnologia si è anche rivolto verso di noi, verso le nostre vite: senza la tecnologia, la nostra regressione potrebbe essere fulminea, molto più di quanto non sia stato il nostro progresso.

Negli ultimi anni abbiamo avuto numerose riprove di questa possibilità.

Un albero, colpito da un fulmine, si abbatte su una linea ad



alta tensione e produce un black-out che congela l'esistenza di milioni di individui per diverse ore.

Un gruppo di terroristi suicidi in un colpo solo uccide tremila persone e mina alle radici la nostra sicurezza e la nostra libertà di movimento.

Un altro gruppo di terroristi della finanza – in giacca, cravatta, laptop e cellulare – mette in ginocchio l'economia di tutto il pianeta; nessuno ha contato le vittime, ma, con ogni probabilità, sono state (e saranno, perché questo genere di attacchi terroristici si ripete e si ripeterà ancora molte volte) molto più di tremila.

Oppure, a causa di un'esplosione su una piattaforma petrolifera, l'oceano è inondato da milioni di barili di greggio, con un danno ambientale che durerà generazioni.

O Fukushima, la cui storia intera è ancora da scrivere.

Nulla di tutto ciò avrebbe potuto realizzarsi anche solo cent'anni fa, perché non sarebbe stata possibile l'azione (umana) all'origine o perché l'effetto dell'evento naturale sarebbe stato trascurabile, con conseguenze su un'area estremamente più circoscritta.

Occupati come siamo a sopravvivere alla crisi di turno – economica, finanziaria, politica, energetica – il nostro livello di distrazione è tale che non percepiamo come il vero problema da affrontare, e risolvere, per la nostra generazione, e soprattutto per quelle a venire, è come mantenere quello che si è ottenuto (in termini di benessere, felicità, salute), considerando che molti altri aspireranno – legittimamente – ad ottenerlo.

La soluzione – ammesso che ne esista una – non è quindi tattica (come affrontiamo questo problema che si presenta ora), ma strategica, e quindi è una soluzione che deve incidere sull'idea che l'umanità ha di progresso e di futuro. Faccio subito un esempio: la crisi economica attuale sta falcidiando (inevitabilmente?) il welfare: è facile recuperare soldi sollevando il piede dall'acceleratore della previdenza o della Sanità. In entrambi i casi, però, soprattutto se l'intervento è fatto in modo frettoloso e con il fiato dei mercati sul collo, il rischio è di determinare (o accentuare) iniquità. Lascio il tema della previdenza agli esperti, ma, per quello che riguarda la Sanità, è evidente che è ora di immaginare interventi strutturali non solo nel senso comunemente inteso (recentemente, in Italia, la spending review ha fallito l'obiettivo, pur perseguibile, di effettuare interventi modulati, trasformandoli in tagli sostanzialmente lineari), ma incidendo in modo profondo sulle modalità con cui si genera una domanda che, conservando invariata la cornice, non potrà mai più essere soddisfatta.

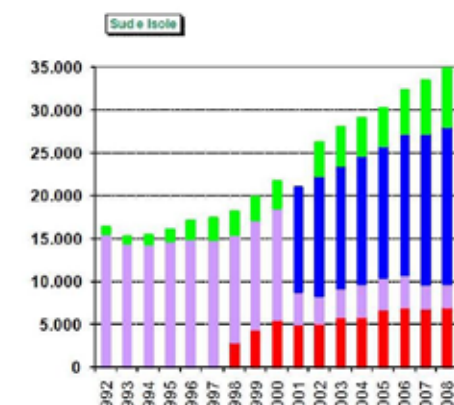
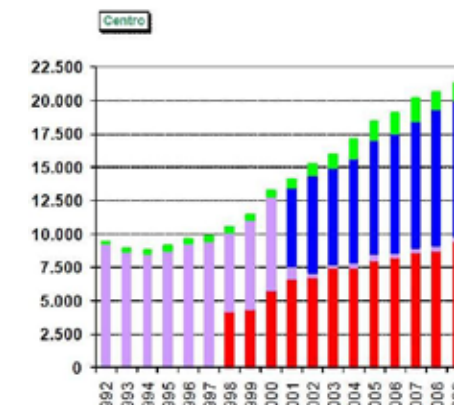
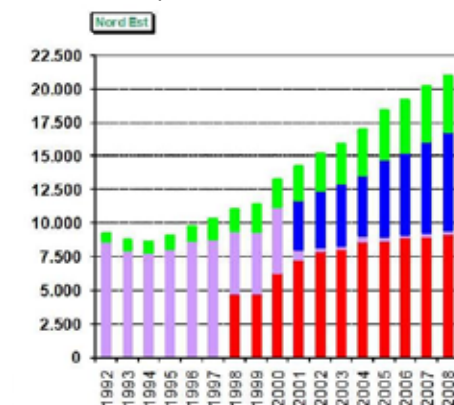
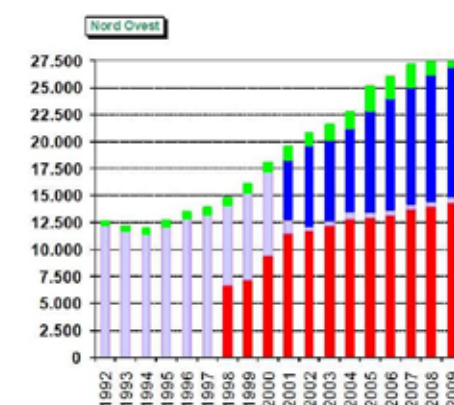
Nel nostro e in altri Paesi accade, inoltre, che politici mediocri e del tutto privi di competenze propongano semplicistiche soluzioni che evocano l'efficienza di stampo produttivistico come la chiave per risolvere il problema. Nessuno nega che esistano ancora margini in questo ambito, ma sono modeste le risorse risparmiabili su questa linea a confronto di quelle recuperabili mediante una strategia che metta in discussione – questo sì in modo strutturale – il livello perverso della domanda e la sua irrefrenabile tendenza alla continua crescita.

La tesi che propongo in questo libro, che in questo senso si farà libro 'politico', è che la soluzione vada ricercata in profondità e stia essenzialmente nell'accettare il fatto che esistono dei limiti, non proporsi di superarli ad ogni costo e imparare a convivere con essi.

Ottavio Davini

Medico ospedaliero e radiologo, già direttore sanitario dell'Ospedale Le Molinette di Torino

RICAVI DEL SSN: RIPARTIZIONI TERRITORIALI (valori in milioni di euro)



Fonte: Ministero della Salute

a Sostegno della Ricerca verso Leucodistrofie e Sclerosi Multipla Comitato Italiano Progetto Mielina - Onlus



Il Comitato Mielina finanzia progetti di interesse sociale. Dal 2011 destina parte dei fondi a progetti di ricerca tra i quali: GPP10007 - Modulazione della Neuregulina-1 per il trattamento di neuropatie demielinizzanti presso l'Istituto San Raffaele di Milano.



www.progettomielinea.it

REGALA LA RICERCA

AIUTA LA RICERCA DEL COMITATO ITALIANO PROGETTO MIELINA

Per finanziare il Comitato Italiano Progetto Mielina utilizza il bollettino postale allegato al giornale e compilalo con i tuoi dati. **Ricorda che le donazioni sono deducibili dal reddito.**

Conto Corrente Postale
17240003

bollettino postale intestato a:
sul C/C n. 17240003
TD 451 IMPORTO IN LETTERE di Euro
INTESTATO A
COMITATO ITALIANO PROGETTO MIELINA
ONLUS - c/o OSP. BAMBINO GESU'
CAUSALE
EROGAZIONE LIBERALE DEDUCIBILE DAL REDDITO AI SENSI
DELL'ART. 14 DELLA LEGGE 14/05/2005 N. 80
ESEGUITO DA
VIA - PIAZZA
CAP LOCALITA'
BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE codice identificativo
IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE
impresso in Italia numero conto tipo documento
17240003< 451>

Comitato Italiano Progetto Mielina Onlus

Ente morale con Decreto ministeriale del 6.9.1993; Iscritto nel Registro delle persone giuridiche dell'Ufficio Territoriale del Governo della Prefettura di Roma al n. 54 del 3.3.1997; Iscritto all'Anagrafe unica delle Onlus (Prot. 36647 del 19.4.2004) dell'Agenzia delle Entrate.

Sede legale: c/o Ospedale Bambino Gesù, Piazza S. Onofrio, 4 00165 Roma
Sede operativa CIPM: Via Machiavelli, 60 00185 Roma - Tel. 06/4440991 - Fax 06/49382799
www.progettomielinea.it - E-mail: info@progettomielinea.it
Presidente CIPM: Massimiliano Fanni Canelles

**DONA IL 5 PER MILLE
AL CIPM PER LA RICERCA
CF 97 065 280 584**

Per aiutarci...

CONTO CORRENTE POSTALE

N. 17240003

CONTO CORRENTE BANCO POSTA

IT 98 E 07601 03200

000017240003

CONTO CORRENTE BANCA SELLA

IT 78 M 03268 47940

052859359280

CONTO CORRENTE SAN PAOLO IMI

IT 34 O 03069 03227

100000002400

Intestato a:

Comitato Italiano
Progetto Mielina
Onlus

c/o Ospedale
Pediatrico
Bambino Gesù
P.zza S. Onofrio, 4
00165 Roma



Augusto Odone,
Massimiliano Fanni Canelles

Il **Progetto Mielina** è un partnership senza fini di lucro tra medici e ricercatori da una parte e pazienti e loro familiari dall'altra. Lo scopo del **Progetto Mielina** è quello di raccogliere fondi per sostenere ed accelerare la ricerca medica sulla ricostituzione della mielina negli individui che, per malattie acquisite come la sclerosi multipla o ereditarie come le leucodistrofie, perdono progressivamente il rivestimento delle fibre nervose nel cervello e nel midollo spinale. L'unicità del **Progetto Mielina** è che, da un lato organizza annualmente un congresso nel quale i ricercatori di tutto il mondo si incontrano e possono scambiarsi informazioni e, dall'altro, non coordina un suo gruppo di ricercatori che finanzia, ma dialoga invece con qualsiasi ricercatore del mondo e lo sostiene nella ricerca fino alla soluzione. Ulteriori attività del **CIPM** sono l'assistenza sanitaria e socio-assistenziale alle famiglie ed a piccoli malati, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sugli aspetti delle malattie demielinizzanti e la relativa divulgazione dello sviluppo e dei risultati delle ricerche internazionali sul campo. Nel 1989, Augusto Odone, italiano di nascita, e la moglie, Michaela Teresa Murphy, fondano negli U.S.A. il **Progetto Mielina**. Con ingegno e forza di volontà erano appena riusciti a trovare una cura per il loro figlio, Lorenzo Odone, affetto da adrenoleucodistrofia, utilizzando una miscela di trigliceridi, l'Olio di Lorenzo, in grado di bloccare la progressione della malattia. A questa incredibile storia Phil Collins ha dedicato la canzone "Lorenzo" e Hollywood ne ha fatto un film "L'olio di Lorenzo" i cui attori principali sono Nick Nolte e Susan Sarandon. Il ramo italiano della fondazione americana, (**Comitato Italiano Progetto Mielina**), ha sede all'Ospedale Bambino Gesù di Roma e finanzia la ricerca verso la cura per tutte le malattie neurologiche e demielinizzanti in Italia.