



M. Corner/LaPresse

TAGLIARE SPRECHI NON PERSONE

AI VERTICI MONDIALI PER QUALITÀ E UNA
SPESA INFERIORE ALLA MEDIA EUROPEA.
PIÙ LOTTA CONTRO CORRUZIONE E CLIENTELE
PER TUTELARE IL DIRITTO ALLE CURE

Spendiamo davvero troppo per la sanità pubblica? Dovremmo affidare la protezione dei nostri cari al mercato delle compagnie assicurative? E una volta che hai avuto un infarto sarà rinnovata la polizza e quanto verrà a costare?

I pesanti tagli alla sanità decisi fino al 2014, per un totale di oltre 14 mi-



Sopra: proteste per i tagli. Accanto: prezioso servizio del pronto soccorso. Foto grande: in visita ai degenti al Niguarda di Milano.

liardi di euro, cadono addosso ai poli di eccellenza che rischiano di chiudere, ai pazienti in fila della Asl, all'assistenza per i lungodegenti, a chi resta in attesa di una chemioterapia o di una ambulanza che non arriva. Tagli che incidono su ricerca, innovazione e posti di lavoro con interi reparti mandati avanti da tirocinanti precari. Prima di dire che non ci possiamo più permettere i 113 miliardi di euro, dato 2011, garantiti dallo Stato per mandare avanti il Servizio sanitario nazionale (Ssn), bisogna ricordare che si tratta di una quota percentuale sul Pil tra le più basse d'Europa. Gli scandali per malasanià sembrano non indirizzare lo sdegno verso le degenze inutili, i

reparti e ospedali aperti per volontà di qualche barone, i profitti privati, ma fanno traballare il principio di civiltà su cui si basa la sanità pubblica: a ciascuno è chiesto di dare secondo la propria possibilità e di ricevere secondo il bisogno personale.

Sono le tasse che alimentano il fondo sanitario nazionale e l'Italia raggiunge il primato di avere un alto prelievo tributario assieme a una spesa sanitaria pubblica tra le più basse dell'Ocse. Ricordiamocelo bene: «Non è una forma di carità, noi tutti stiamo già pagando per questo e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia per ognuno, ricco o povero», annunciava il volanti-

no diffuso in Gran Bretagna nel 1948 per spiegare quell'universalità nell'accesso alle cure sanitarie che è ormai sotto attacco diretto. L'Italia degli ultimi anni, vicina alla bancarotta fallimentare, è come in una guerra. È in gioco il legame sociale quando si dibatte sul futuro della sanità che, dalla riforma del 1978, ha applicato l'universalità delle cure per dare compiuta attuazione alla Costituzione.

Costi pubblici e legame sociale

Tagliare indiscriminatamente le spese aiuta a mantenere privilegi e ingiustizie: si intaccano nervi e mu-

scoli invece di rimuovere il grasso in eccesso, come afferma il presidente dell'ordine dei medici di Roma Roberto Lala. L'ultima legislatura ha prodotto una relazione della Commissione di inchiesta parlamentare sullo stato del servizio sanitario che offre elementi di riflessione e indicazioni concrete per gestire meglio le risorse disponibili. Sul sito web della Commissione sono accessibili i testi dei verbali che documentano i punti critici di un sistema che resta, tuttavia, tra i migliori al mondo con una spesa pro capite, nell'Europa a 15, che si colloca al penultimo posto, dietro la Grecia.

«Chiedere sacrifici a un sistema già parsimonioso rischia di non garantire la soddisfazione dei bisogni di cura della popolazione», conferma il rapporto annuale del 2012 curato dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'università Bocconi di Milano. Anche il presidente di Assobiomedica-Confindustria afferma che «non si può continuare a deteriorare il Ssn riducendo ulteriormente la spesa sanitaria, che incide già solo del 7,1 per cento sul Pil in diminuzione. Si tratta di cifre da Paese in via di sviluppo».

La realtà è fatta di chi può sostenere il costo di consulenze e visite private (50 miliardi di euro stimati) o può vantare conoscenze tali da aggirare le liste di attese del servizio pubblico. «Il povero diventa sempre più trasparente, diventa il "signor Nessuno"», afferma Federico Baiocco, coordinatore nazionale dei medici dell'Unitalsi.

Uno scenario di anziani e poveri

Lo scenario di una popolazione invecchiata e impoverita non può che far crescere la deriva verso una mentalità che ritiene accettabile ed economicamente più sostenibile (vedasi esperienze nei Paesi anglosassoni) la "buona" morte a un presente insoste-

nibile. Ma gli attuali dati relativi all'Italia parlano, al contrario, di una speranza di vita e un tasso di buona salute tra i primi al mondo, nettamente superiori agli Stati Uniti che, con le assicurazioni private, spendono quasi il doppio in percentuale, ma escludono 40 milioni di persone dalle cure sanitarie. Opinionisti come Alesina e Giavazzi propongono, invece, per l'Italia, di permettere ai ricchi di fare da soli per le cure, senza ricorrere al servizio pubblico, in cambio di una riduzione delle tasse.

Bisogna decidere quale strada intraprendere. Come afferma l'autorevole rapporto Romanov del 2012 sullo stato della sanità in Canada, «un sistema è sostenibile quando decide di essere tale»: ogni Paese deve, cioè, riconoscere e definire le sue priorità. La commissione canadese, con audizioni pubbliche e gruppi di studio sul territorio, ha potuto così dimostrare che la sanità pubblica ha «un miglior rapporto costo-efficienza piuttosto che l'espansione dei servizi privati», arrivando perciò ad aumentare i capitoli di bilancio dell'assistenza domiciliare per le lunghe convalescenze.

È il metodo che ci conferma Luigi Triggiano, coordinatore sanitario del distretto di Arezzo Asl 8 nella regione Toscana, che sta riorganizzando i servizi territoriali a partire da «stabili gruppi multi-professionali con medici di famiglia, infermieri, assistenti sociali, specialisti e medici di comunità», arrivando a «garantire le migliori cure, abolendo le disuguaglianze fra i cittadini». Insomma, secondo Triggiano, non è «tassando le ricette, come è avvenuto nel 2012, cioè "tassando il bisogno", né invocando nuovi sistemi di finanziamento da parte



del sistema assicurativo privato, che si affronta il problema». Di fatto l'Italia ha tagliato, negli ultimi cinque anni, il 75 per cento dei fondi sociali, mentre la diminuzione dei posti letto negli ospedali (già avvenuta nella misura del 40 per cento) richiede una forte rete di servizi sociosanitari.

Poche Tac e troppi cesarei

Il 70 per cento della spesa sanitaria, infatti, riguarda e sempre più riguarderà la tutela della cronicità e della non autosufficienza. È evidente che per mantenere l'effettiva universalità nell'accesso alla salute occorrono interventi correttivi urgenti come, ad esempio, la chiusura di strutture create per ragioni clientelari (la Corte dei conti denuncia puntualmente la voragine della corruzione). Abbiamo il paradosso di avere, tra i Paesi europei, la maggior dotazione per milione di abitanti (il triplo della Francia) di mezzi diagnostici (Tac, risonanze magnetiche) che restano sottoutilizzati, facendo aumentare i tempi di attesa e dirottando i pazienti verso il privato. La percentuale esagerata dei tagli cesarei, per citare un altro caso, si spiega con il sistema di tariffazione che avvantaggia, anche quando non



Moroni/LaPresse

UNA VIA D'USCITA C'È

MAGGIORE EFFICIENZA NELL'USO DELLE RISORSE E MIGLIORE EFFICACIA DELLE CURE

necessario, questo tipo di intervento, più pericoloso per la madre rispetto al parto naturale.

Esiste, infine, il grande tema dell'educazione e prevenzione sanitaria e ambientale: dalla carenza del test mammografico in alcune regioni, che ostacola la prevenzione e la cura del tumore al seno per le donne, alla tollerabilità, consentita per legge, dei veleni in atmosfera, fino alla gestione dei 57 siti inquinanti di interesse nazionale che (esempio Taranto), sono una bomba inesplosa.

Il sistema basato su competenza regionale è assai complesso e ogni argomento ha bisogno di adeguato approfondimento, ma si può partire dalle buone pratiche esistenti, assieme al grande patrimonio di straordinaria umanità e competenza di chi opera in condizioni difficili. Le contraddizioni da sciogliere sono tante. Nuove patologie sono state inserite finalmente tra quelle coperte dal Servizio sanitario, ma resta il peso insostenibile dei tagli alla spesa e dell'aumento dei ticket (2 miliardi di euro nel 2014).

Non ne usciremo assieme se non ripartendo dalla conoscenza dei numeri veri e dallo sguardo alla persona che soffre.

Carlo Cefaloni

In un'Italia che cambia, che invecchia, che è in crisi, con un popolo che fatica a prendersi cura (in tutti i sensi) di sé stesso, c'è una sanità che funziona, che mette in atto processi che fanno bene alla salute degli assistiti e alle casse dello Stato contemporaneamente. Lo dimostrano indagini accurate che la Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere), con il suo Osservatorio, elabora con una certa regolarità. Interessante, in tal senso, risulta l'esperimento di quelle che vengono definite "Reti cliniche", squadre composte da medici, infermieri, strutture territoriali diverse che interagiscono fra loro, specialisti della stessa branca e medici di discipline diverse, che collaborano per garantire al meglio la continuità delle cure al paziente. Il nostro Paese ne conta oggi circa 140, alcune solo sulla carta, altre, ben 87, già funzionanti (per approfondimenti vedi www.fiaso.it). Ne parliamo con Elena Cantù, coordinatrice del Rapporto "Oasi 2012", un resoconto annuale sul sistema sanitario nazionale elaborato dal centro Cergas dell'università Bocconi di Milano.

«L'idea di fondo – ci spiega – è quella di sfruttare le

sinergie mettendo in rete le strutture in modo da evitare di duplicare i medesimi servizi e arrivare a una maggiore specializzazione. In passato erano diffuse le reti professionali, cioè quelle fra specialisti dello stesso tipo che decidevano a titolo personale di aderire a un network; queste puntano a mettere in rete le aziende. Le più sviluppate sono quelle oncologiche e stanno raccogliendo l'interesse delle regioni. Per tutti è chiaro che, dal momento che di risorse in più ce ne saranno ben poche, conviene sfruttare al meglio quelle che si hanno».

Ma il nostro è un sistema sanitario insostenibile, come tanti pensano?

«Il sistema sanitario pubblico italiano rispetto a quello degli altri paesi europei, è efficace, nel senso che garantisce una buona copertura

Équipe Asl 8 di Arezzo (dr Triggiano ultimo a ds) Sopra: Personale specializzato in reparto neonatale.



Mezzi diagnostici sottoutilizzati. Sotto: Italia al penultimo posto nel grafico della spesa sanitaria.

per tutti i cittadini, e non è particolarmente costoso, cioè non abbiamo una spesa sanitaria elevata, né fuori controllo. L'aspetto più critico è quello della sostenibilità della crescita della spesa nel medio e lungo periodo, una spesa che cresce soprattutto per due ragioni: per l'innovazione clinica e tecnologica e per il trend demografico.

Come si fa a conciliare una sanità buona per gli italiani e sana per le finanze dello Stato?

«Certamente occorre cercare una maggiore efficienza nell'uso delle risorse – ci sono infatti ancora delle sacche di inefficienza in alcuni ambiti o territori –, ma non possiamo fare un discorso generalizzato. Attuare le politiche dei cosiddetti “tagli lineari”, per cui si compiono delle scelte uguali per tutti, non ottiene il risultato sperato, perché si va ad incidere su delle situazioni che hanno punti di partenza molto diversi e richiedono soluzioni disegnate su contesti specifici. Bisogna poi agire sul processo di

cura. Le regioni più innovative stanno cercando di capire come offrire, ad esempio, dei servizi adeguati ai pazienti cronici, che assorbono la più grossa fetta di risorse del Servizio sanitario nazionale. Si stanno interrogando su come gestirli in maniera efficiente ed efficace, su come evitare che il paziente si crei da solo il suo percorso, spesso frammentario e con duplicazioni e sprechi, individuando invece un “soggetto” che si prenda carico della persona in maniera glo-

bale. Si tratta di soluzioni che rimettono in gioco le stesse risorse, ma in una logica di migliore integrazione».

In una sanità a macchia di leopardo come quella italiana, cosa manca e cosa serve ad alcune regioni per avviare processi virtuosi?

«In alcune regioni si sono consolidate negli anni relazioni poco sane con la politica, che hanno portato a fare della sanità il principale datore di lavoro, con dinamiche difficili da controllare. Spesso i tagli lineari che sono stati fatti hanno solo tamponato le situazioni più evidenti, senza andare al cuore delle questioni. Adesso occorre fare azioni mirate. I piani di rientro prevedevano un accompagnamento da parte del livello centrale che invece non c'è stato. Occorrerebbe che le regioni più virtuose aiutino con le proprie competenze le regioni più in difficoltà, ad esempio con una maggiore mobilità delle direzioni regionali. Anche le Reti cliniche potrebbero diventare sovra-regionali e mettere in comune le migliori pratiche».

Aurora Nicosia



E. Schütz/AP

