

Beatrice Lorenzin

Per salute e per giustizia

*Come solo politica e scienza possono
salvare il Servizio Sanitario Nazionale
e perché è così difficile farlo*



Beatrice Lorenzin

Per salute e per giustizia

*Come solo politica e scienza possono
salvare il Servizio Sanitario Nazionale
e perché è così difficile farlo*

Prefazione di
Sir Muir Gray

Per salute e per giustizia | Come solo politica e scienza possono salvare il Servizio Sanitario Nazionale e perché è così difficile farlo

Autrice: Beatrice Lorenzin

Chief Business & Content Officer: Ludovico Baldessin

Responsabile Editoriale: Susanna Garofalo

© 2018 Edizioni LSWR* – Tutti i diritti riservati

ISBN 978-88-6895-669-1

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi. Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

La presente pubblicazione contiene le opinioni dell'autore e ha lo scopo di fornire informazioni precise e accurate. L'elaborazione dei testi, anche se curata con scrupolosa attenzione, non può comportare specifiche responsabilità in capo all'autore e/o all'editore per eventuali errori o inesattezze.

L'Editore ha compiuto ogni sforzo per ottenere e citare le fonti esatte delle illustrazioni. Qualora in qualche caso non fosse riuscito a reperire gli aventi diritto è a disposizione per remediare a eventuali involontarie omissioni o errori nei riferimenti citati.

Tutti i marchi registrati citati appartengono ai legittimi proprietari.

La medicina è una scienza in continua evoluzione. La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze, soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e alla farmacologia.

Qualora il testo faccia riferimento al dosaggio o alla posologia di farmaci, il lettore può essere certo che autori, curatori ed editore hanno fatto il possibile per garantire che tali riferimenti siano conformi allo stato delle conoscenze al momento della pubblicazione del libro.

Tuttavia, si consiglia il lettore di leggere attentamente i foglietti illustrativi dei farmaci per verificare personalmente se i dosaggi raccomandati o le controindicazioni specificate differiscano da quanto indicato nel testo. Ciò è particolarmente importante nel caso di farmaci usati raramente o immessi di recente sul mercato.

**EDIZIONI
LSWR**

Via G. Spadolini, 7
20141 Milano (MI)
Tel. 02 881841
www.edizioniiswr.it

Printed in Italy

Finito di stampare nel mese di febbraio 2018 presso "Rotomail Italia" S.p.A., Vignate (MI)

(*) Edizioni LSWR è un marchio di La Tribuna Srl. La Tribuna Srl fa parte di LSWR GROUP.

PREFAZIONE

La relazione tra politici eletti e dirigenti ministeriali è un argomento di grande rilevanza per entrambi e questo libro fornisce indicazioni importanti da una fonte privilegiata come il Ministro Lorenzin, che è stata ampiamente apprezzata nello svolgimento delle sue funzioni.

Una delle critiche più comuni che viene fatta è quando il Ministro non è un “esperto della materia”, ma come scriveva Enoch Powell, già Ministro della Salute inglese negli anni '60, vi è un chiaro vantaggio nel non essere un Ministro “esperto” e può addirittura verificarsi che quando un politico diventi troppo competente sugli aspetti tecnici e scientifici perda di vista i principi politici alla base delle proprie decisioni.

Queste le sue parole: *“Un altro errore frequente risiede nell’aspettativa che un Ministro debba avere una conoscenza profonda della materia del proprio dicastero o che almeno rimanga abbastanza a lungo per acquisirla. ‘Ecco che se ne va’, il lamento si alza dal personale del Ministero, ‘Il Ministro va via proprio quando si stava cominciando a conoscerlo e quando stava imparando i rudimenti alla base del proprio mandato’. Quindi le proteste per il fatto che il Ministero della Salute sia considerato una tappa verso incarichi più importanti, con le implicazioni che il Primo Ministro e gli altri Colleghi di governo siano indifferenti verso i suoi interessi e le sue esigenze. Ammesso che vi sia un periodo di tempo minimo al di sotto del quale un ministro non sia in grado di apportare un proprio contributo ad un determinato Ministero, questo tempo può essere stimato in diciotto mesi, anche se in alcune circostanze questo può essere anche minore, ma vi è anche un periodo oltre il quale un Ministro cessa di contribuire in modo significativo. Quanto lungo sia questo periodo di tempo dipende dalla natura del ministero”* (1).

Il punto di Powell è che il Ministro deve mantenere un certo grado di distanza dai problemi, mentre i dirigenti vorrebbero coinvolgere il Ministro e far sì che egli veda attraverso le loro lenti e non attraverso quelle della filosofia politica che il

Ministro rappresenta. Si dice che talvolta i dirigenti nascondano le evidenze ai ministri ma, come sottolinea Maynard Keynes, essi fanno spesso anche il contrario e Keynes, l'epitome dell'intellettuale ufficiale scriveva, in modo condiscendente, che "non vi è niente che piaccia meno a un politico di essere bene informato, perché ciò rende le decisioni così difficili e complicate" (2).

Pochissimi politici hanno scritto con autorevolezza e competenza sul modo di fare politica e per questo è difficile aiutare i dirigenti, i "burocrati", molti dei quali hanno anche una formazione scientifica, ad imparare per migliorare la loro relazione con i politici.

Questo libro aggiunge moltissimo all'analisi di questa relazione chiave e dovrebbe essere inserito come riferimento bibliografico in ogni corso finalizzato a formare coloro che guideranno e gestiranno la sanità nel difficile futuro che si prepara.

Sir Muir Gray

Professore di Sanità Pubblica, Università di Oxford

Chief Knowledge Officer, NHS England

BIBLIOGRAFIA

1. Powell JE. *A new look at medicine and politics*. Pitman Medical, Londra, 1966.
2. Skidelsky R. *John Maynard Keynes: 1883-1946: economist, philosopher, statesman*. Penguin, New York, 2013.

INDICE

Prefazione	V
Prologo	VII
Capitolo 1 - La stagione che viviamo: densa di problemi ma anche di prospettive	1
Le prospettive dell'Europa nella competizione globale e il ruolo dell'Italia	4
Capitolo 2 - Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli italiani, ma bisognoso di profonde modifiche	7
Caratteristiche della popolazione italiana	9
Complessità della spesa sanitaria	11
Individuare gli obiettivi e valorizzare le risorse.....	14
Capitolo 3 - Il Ministero della Salute nuovo protagonista del cambiamento: una riconquistata centralità	17
Evoluzione del Ministero	17
I provvedimenti recenti, a tutela prima di tutto degli assistiti	19
La Legge sui vaccini, una scelta coraggiosa ma vincente	19
Dopo 70 anni arriva la Riforma degli Ordini	20
Nuovi LEA: il SSN si mette al passo con l'innovazione.....	23
Capitolo 4 - Salute e Sanità come motore di sviluppo	29
Investire in salute per garantire prospettive di crescita	30
Eccellenza e competitività del sistema sanità.....	32
Spendere bene per risparmiare	34
Capitolo 5 - Perché è così difficile cambiare in sanità: le resistenze da vincere, i protagonisti da convincere	37
Affrontare il problema culturale	38
Aggiornamento medico continuo e ruolo attivo dei cittadini	40
Presagire la crisi per guidare il cambiamento	41

Capitolo 6 - La lotta contro la falsa scienza e i falsi miti: una trincea perenne da presidiare per difendere i più deboli	45
Un caso emblematico	45
Il dibattito sui vaccini in Italia, proviamo a fare chiarezza	47
Stamina, la storia di un Paese che sta male	52
Una battaglia comunicativa.....	59
La cattiva informazione corre sui media	61
Considerazioni conclusive.....	64
Capitolo 7 - Un'occasione da non perdere: l'alleanza tra politica e scienza per la salute e lo sviluppo economico e sociale del Paese.....	65
Quale relazione tra politica e scienza rappresenta l'optimum?	66
Capitolo 8 - La sfida della sostenibilità del nostro SSN.....	71
L'Albo dei manager ASL per contrastare l'invadenza della politica.....	73
Le cure anti-epatite: un esempio di politica sanitaria sostenibile	74
La bomba della denatalità	75
Gli scricchiolii sinistri del nostro sistema salute.....	77
Le sfide dell'innovazione.....	79
Un'assicurazione pubblica per le cure odontoiatriche	82
Un nuovo Piano Straordinario per le liste d'attesa.....	85
Conclusioni - Un decalogo per uscire dalla "Tempesta perfetta"	87
Riferimenti bibliografici.....	95
Postfazione	99

CAPITOLO 2

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: UN SISTEMA VOLUTO DAGLI ITALIANI, MA BISOGNOSO DI PROFONDE MODIFICHE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, cioè garantisce la tutela della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, senza distinzioni di genere, residenza, età e condizioni sociali. È finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali attraverso i ticket sanitari e i ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate. È un sistema che pone, dunque, le sue fondamenta nei principi di responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della comunità e della persona; di universalità e di uguaglianza e di equità di accesso ai servizi sociali, sanitari, educativi; di informazione e di partecipazione dei cittadini; di libertà di scelta; di globalità della copertura assistenziale; di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge.

È una conquista di civiltà che il mondo ci invidia, arrivata però dopo anni difficili, in cui l'assistenza sanitaria era tutt'altro che un diritto. Volendo tralasciare la storia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera prima dell'Unità d'Italia, storicamente complessa e basata principalmente su azioni di carità sostenute finanziariamente da donazioni e opere di beneficenza, si può partire dagli inizi del 1900 per registrare l'impulso legislativo verso un sistema organizzato, pubblico e, almeno in teoria, uniforme su tutto il territorio nazionale. Durante il Ventennio, il regime fascista pone le basi per quello che sarà il modello assistenziale anche dopo la firma della Costituzione, ossia un sistema di assicurazione sociale con lo scopo di assicurare, in primis, l'assistenza ai lavoratori. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino, bensì all'essere lavoratore (o un suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura.

Con il passare degli anni aumentavano le diseguaglianze: oltre il 7% della popolazione non aveva diritto ad alcun tipo di assistenza e gli assicurati di diverse casse beneficiavano di servizi sanitari in quantità e qualità completamente diversi. Infatti, erano le quote contributive versate alle assicurazioni, che variavano in base al tipo di lavoro svolto, a determinare il diritto al proprio livello di assistenza. Inoltre le cose non andavano bene neanche dal punto di vista finanziario e le mutue, appesantite anche da un alto livello di burocratizzazione e disorganizzazione, erano praticamente in bancarotta verso la metà degli anni Settanta. Non sorprende quindi che il crescente malumore della popolazione abbia spinto il governo italiano verso la ben nota riforma che, nel 1978, portò, con una legge votata a grande maggioranza dal Parlamento e acclamata dal popolo, alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale. In questo modo, la Repubblica si impegnava a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo, dando finalmente attuazione all'articolo 32 della Costituzione.

Questa grande conquista permette ancora oggi, alla maggior parte dei cittadini italiani, di non aver bisogno di alcuna assicurazione privata perché lo Stato, dove meglio, dove peggio, sostiene in larga parte i servizi sanitari per tutti i suoi cittadini. Inoltre, lo Stato italiano, con uno dei tassi più bassi di spesa sanitaria pro capite rispetto ad altre nazioni come Stati Uniti, Canada, Svizzera, Francia e Germania, si classifica ai primi posti a livello mondiale per il livello delle cure mediche. Per le sue caratteristiche il Sistema Sanitario italiano è, dunque, considerato il primo in Europa in termini di efficienza e la quasi totalità dei cittadini lo supporta ancora oggi fortemente, con un 65,1% della popolazione che si ritiene soddisfatto della sanità pubblica italiana (Diamanti I, 2013).

L'attuale condizione del nostro Paese sembra tuttavia caratterizzata da un paradosso: un Servizio Sanitario con risultati di salute eccellenti e un sistema che non investe affinché tale valore venga mantenuto. Negli ultimi anni si è così ridotta la sua capacità di essere un forte sistema di tutela della salute dei cittadini in tutte le aree del Paese. Abbiamo tutti i dati per riprogrammare la rotta, ma questi vengono raramente trasformati in informazioni operative che siano in grado di fronteggiare le modificazioni sostanziali delle caratteristiche della popolazione che sono in corso negli ultimi anni a livello sia nazionale sia internazionale. Sono trasformazioni dovute a numerosi fattori tra cui la transizione demografica, il pro-

gresso delle tecnologie e una concomitante evoluzione epidemiologica che vede il passaggio da patologie caratterizzate da esordio acuto e rapida risoluzione a patologie di tipo cronico-degenerativo con decorsi prolungati nel tempo. Ciò concorre ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, incrementandone la componente anziana con bisogni di salute complessi.

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

Oggi l'Italia è uno fra i Paesi al mondo in cui si vive più a lungo e può vantare un'aspettativa di vita alla nascita pari a 83 anni (OMS, 2014). Inoltre, gli italiani che raggiungono il sessantesimo anno d'età possono contare di vivere mediamente altri 25 anni. Al mondo, pochi Paesi presentano un'aspettativa di vita alla nascita superiore alla nostra.

Tuttavia, a quest'allungamento dell'aspettativa di vita ha corrisposto un altrettanto impressionante calo delle nascite, tanto che l'Italia è oggi tra gli ultimi Paesi europei quando si guardano gli indicatori di natalità. Il fenomeno interessa tutta la Penisola, anche quelle Regioni un tempo considerate ad alto tasso di natalità. Ad aggravare la situazione, complice anche l'alto tasso di disoccupazione giovanile che, sebbene oggi stia pur lentamente decrescendo, nel 2014 aveva raggiunto il nuovo record del 42,7%, c'è la costante emorragia di giovani in cerca di fortuna all'estero, soprattutto nella fascia tra i 18 e i 34 anni (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2014).

Prevedibile conseguenza di tutto ciò è un ulteriore invecchiamento della popolazione. Al mondo, solo Giappone e Germania sono "più anziani". Oggi in Italia metà della popolazione ha un'età superiore a 45 anni, e quando gli attuali lavoratori invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenere il loro sistema pensionistico. Un buon indizio di ciò che sta accadendo lo fornisce l'inversione del rapporto tra numero di giovani (rappresentati dai residenti di età pari o inferiore ai 14 anni) e anziani (rappresentati dai residenti di età pari o superiore ai 65 anni) che è stato osservato negli ultimi decenni. Tale inversione è avvenuta nel 1992 e da allora la forbice tra popolazione anziana e giovane si è continuamente allargata (a sfavore dei giovani). Questo fenomeno ha interessato molti Paesi nel mondo, ma non c'è dubbio che in Italia l'aumento della proporzione di anziani sul totale

dei residenti sia particolarmente marcato. Indubbiamente, politiche a sostegno delle famiglie e dell'occupazione potrebbero stimolare le nascite e favorire la stabilità del sistema. Solo i residenti stranieri sono in grado di dare un significativo contributo al mantenimento della popolazione giovane, pur senza riuscire a compensare l'invecchiamento globale del Paese: il 93% circa degli stranieri ha un'età inferiore ai 55 anni (ISTAT, 2015). Il futuro volto del Paese, se i trend non cambieranno nel breve termine, appare, dunque, multietnico e anziano.

Com'è noto, i soggetti più anziani sono quelli a maggior rischio di essere affetti da almeno una malattia cronica, come il diabete, le patologie cardiovascolari, i problemi osteoarticolari e respiratori, le demenze e diversi tumori. Come prevedibile, visto l'invecchiamento della popolazione, negli ultimi venti anni la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,4 al 38,9%, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 18,1 al 20,4% (ISTAT, Indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana", 2015). Molte patologie croniche si possono efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali associati, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità.

Inquietanti segnali vengono inoltre dal campo delle vaccinazioni. Segnali che hanno infatti spinto il Ministero della Salute a promuovere il provvedimento, seguito poi da altri Paesi, che ha nuovamente reso obbligatorie 10 fondamentali vaccinazioni. Un'azione lodata dall'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che qualcuno per motivi elettorali ha finto di non ricordare. Prima della nuova Legge la copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni del ciclo base era infatti inferiore al 95% nella maggior parte delle Regioni italiane. Molto deve essere fatto anche in termini di adesione ai test di screening. Pure in questo caso forti differenze si osservano tra le varie Regioni e, specialmente nel Mezzogiorno, l'adesione ai test di screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto è ancora troppo bassa. Potrebbe aiutare, in questi termini, una maggiore scolarizzazione. L'Italia, purtroppo, ottiene risultati inferiori alla media dei Paesi dell'OCSE in matematica (si colloca tra la 30esima e 35esima posizione), in lettura (tra la 26esima e 34esima) e in scienze (tra la 28esima e 35esima) rispetto a 65 Paesi che hanno partecipato alla valutazione PISA 2012 degli studenti quindicenni (OCSE, 2012). Non va inoltre sottovalutato il problema dell'analfabetismo funzio-

nale tra gli adulti: molti italiani hanno difficoltà a interpretare anche semplici grafici e tabelle, distinguere farmaci, analizzare etichette e istruzioni.

Se da un lato abbiamo dunque l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie, dei bisogni e della domanda, una scarsa *health literacy* (alfabetizzazione alla salute) e attenzione da parte dei cittadini alla tutela della propria salute e al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione con un grado di irresponsabilità personale a più livelli, dall'altro ci sono spesso le resistenze e l'autoreferenzialità da parte dei professionisti, la mancanza di trasparenza e di responsabilità nella gestione delle risorse pubbliche da parte dei manager, la debolezza dei sistemi di monitoraggio e una politicizzazione che finora è stata spesso invasiva e inefficiente, mancando di visione e programmazione, incapace di fronteggiare la contemporanea diminuzione delle risorse umane e finanziarie. Ma di questo parleremo meglio nei prossimi capitoli, per concentrarci ora di più sui punti di forza e criticità del nostro sistema sanitario.

COMPLESSITÀ DELLA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria italiana (che, oltre a farmaci e prestazioni, copre immobili, tecnologie e personale) è cresciuta, sin dagli anni Novanta, meno che negli altri Paesi e ad oggi è sotto la media europea sia in percentuale del PIL sia in valori assoluti. Tuttavia gli aumentati costi delle cure (grazie anche alla disponibilità di nuove opzioni terapeutiche) hanno portato in Italia a un aumento progressivo della spesa sanitaria fino al 2010, seguito da una riduzione nel periodo 2011-2013, determinata da una serie di manovre finanziarie. La spesa sanitaria ha ripreso a crescere dal 2014, quando è stata pari a 111,47 miliardi di euro (Patto per la Salute per gli anni 2014-2016).

Secondo una recente indagine condotta dalla Protezione Civile, su 802 ospedali italiani, circa un sesto di questi risulta collocato in edifici storici, ovvero con data di costruzione precedente al 1900 (e di questi oltre il 60% risulta edificato precedentemente al 1800). Questo comporta spesso importanti difficoltà di tipo tecnico e gestionale (nonché problemi di sicurezza) ed elevati costi di adeguamento e manutenzione. Alti costi di manutenzione sono richiesti anche per i dispositivi diagnostici. Nel corso degli ultimi anni, l'età media delle apparecchiature

utilizzate in Italia, in particolare quelle di diagnostica per immagini, è aumentata significativamente, superando spesso il periodo di adeguatezza tecnologica. In particolare, vi è urgenza di sostituzione delle numerose apparecchiature ancora in esercizio aventi un'età superiore ai 10 anni. Il fenomeno è particolarmente grave per le apparecchiature radiologiche quali telecomandati e mammografie convenzionali, RMN chiuse e TC.

Circa un terzo della spesa è impiegato per il personale sanitario (circa 36 miliardi di euro). Un personale sanitario che, anche a causa del blocco del turnover, sta invecchiando: l'età media è pari a 50,3 anni per i medici e 44,5 anni per gli infermieri (Ministero della Salute, 2011). Inoltre, sebbene grazie a recenti interventi si stia cercando un nuovo equilibrio, a partire dal 2008, c'è stata una vistosa contrazione dell'organico: per ogni 100 unità che lasciavano, ne sono state assunte 97,2 nel 2008, 96,8 nel 2009, 81,9 nel 2010 e solo 78,2 nel 2011 (Ragioneria Generale dello Stato, 2011). Rimane urgente invertire la tendenza al progressivo invecchiamento del personale, soprattutto nelle Regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile e dai piani di rientro, ed investire adeguatamente nel loro aggiornamento professionale e nella formazione continua.

A gravare sul Servizio Sanitario Nazionale si aggiungono poi frequentemente corruzione, interessi di parte ed evasione fiscale. Secondo uno studio internazionale, il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari all'11-14%. E proprio per contrastare il fenomeno dal 2015 all'interno del Piano nazionale anticorruzione è stata prevista una sezione speciale dedicata proprio alla sanità. Per quanto riguarda l'evasione fiscale, l'Italia è il Paese europeo col massimo VAT gap, ovvero la differenza tra l'ammontare teorico del gettito da IVA e il gettito reale. Questo, considerando che il nostro sistema sanitario è finanziato principalmente attraverso la tassazione del reddito imponibile, impatta fortemente sull'insieme delle risorse disponibili per organizzare il sistema e, peggio ancora, sulle ineguaglianze nell'accesso ai servizi. Infatti, benché il sistema sia universalistico, la crescente spesa sanitaria ha richiesto nel tempo l'introduzione di alcune forme di *copayment* che hanno finito spesso per avvantaggiare anche gli evasori fiscali. Questi infatti, risultando a tutti gli effetti dotati di un basso livello di reddito, possono usufruire delle esenzioni previste per i meno abbienti, andando a innescare un circolo vizioso che comporta per i citta-

dini onesti un doppio esborso: uno per sostenere il sistema, l'altro inconsapevole e iniquo per contribuire all'assistenza degli evasori fiscali.

Oltre a instabilità finanziaria, interessi della sfera politica (e non), formazione inadeguata, precarietà del personale e contrazione degli stipendi, pesano sul nostro sistema anche i fattori normativi, politici, burocratici e finanziari che vincolano fortemente l'azione dei Direttori generali operanti nella sanità, limitati spesso dalla brevità del loro mandato: in media, infatti, un direttore generale in Italia dura solo 3,6 anni (in Calabria si arriva a 1,8, nella Provincia Autonoma di Bolzano la durata media in carica supera i 10 anni) (SDA e CERGAS Bocconi, 2014). Questi fattori possono andare a giustificare un altro 22% di spreco in sanità, identificabile nell'inadeguato coordinamento dell'assistenza (10%) e nelle complessità amministrative (12%). Le prime sono conseguenti al "rimbalzo" del paziente tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio, per la carenza di un efficace coordinamento dell'assistenza che riguarda in modo particolare il paziente affetto da patologie croniche. Le complessità amministrative, invece, nascono da un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione e ipertrofia del comparto amministrativo e, oltre a ripercuotersi negativamente sul paziente, sovraccaricano di obblighi burocratici i professionisti sanitari.

Sempre in riferimento alla "classificazione degli sprechi", troviamo la categoria su cui sarebbe necessario e possibile intervenire con la massima urgenza, ovvero l'inappropriatezza, e di cui appare utile evidenziare due aspetti speculari: da un lato il sovrautilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati (che pesa per il 26% degli sprechi in sanità) e dall'altro il sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (12%). Il primo comporta un sovratrattamento e una sovradiagnosi dovuti in larga parte alla convinzione professionale e sociale che più si tratta il paziente e meglio è ("*more is better*"). Chi opera in questo modo, anche secondo le logiche della medicina difensiva, trascura che procedure diagnostiche invasive fatte solo per rassicurare i pazienti, ricoveri per malattie lievi o per malattie croniche senza esacerbazioni acute, costosi regimi di chemioterapia in pazienti neoplastici terminali, uso indiscriminato (*misuse*) di farmaci, screening di efficacia non documentata ecc., non si riflettono solamente in un incremento dei costi, ma anche negativamente sul piano della salute, esponendo al rischio clinico i pazienti. Per contro, la negazione di interventi sanitari efficaci e appropriati può inficiare

la guarigione dei pazienti, aumentare le complicità delle malattie e richiedere ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, complessi e rischiosi. Conseguenza di tutto ciò è che in alcune Regioni i servizi offerti dal SSN non sono adeguati e per molteplici ragioni (di qualità, di tempi d'attesa o di costi), costringendo sempre più spesso i cittadini a "scappare" verso altre Regioni o pagare di tasca propria il sistema privato. I cittadini più poveri però non possono permettersi continui spostamenti e qualora i servizi offerti dal SSN dovessero essere seriamente ridimensionati, ne soffrirebbero certamente più degli altri, accentuando le già consistenti disuguaglianze registrate nel Paese. La fetta di popolazione più fragile dal punto di vista economico è peraltro piuttosto ampia: oggi vivono sotto la soglia di povertà assoluta circa 5 milioni di italiani (Ricciardi W et al, 2015).

INDIVIDUARE GLI OBIETTIVI E VALORIZZARE LE RISORSE

Sono stati elencati molti dati utili a identificare le priorità del nostro Paese e le criticità del sistema attuale, indispensabili quindi a disegnare le future politiche sanitarie. Ma ai dati è necessario aggiungere una chiara visione e precisi obiettivi, cercare e creare coerenza tra questi ultimi e le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche a disposizione e identificare una strada logica, razionale e fattibile per raggiungere i risultati auspicati.

Se si vuole un Paese sano che offra servizi sanitari equi, efficaci ed efficienti è necessario che le Regioni siano guidate con decisione e che il loro lavoro sia coordinato affinché non siano ulteriormente accentuate le differenze nella qualità dei servizi, lo stato di conflitto latente e la frammentazione esasperata alla quale assistiamo oggi. Il PIL, grazie anche all'azione di Governo, sta ricominciando a crescere. Dal 2013 al 2018 il Fondo sanitario nazionale è aumentato di 7 miliardi, ma per preservare la salute degli italiani sarà necessario portarlo almeno al 7% del PIL. Sono risorse molto più limitate rispetto a sistemi privati come quello statunitense, dove pesano per il 16,4% del PIL. Ma possono bastare a garantire efficienza ed equità, purché vengano utilizzate correttamente riducendo gli sprechi e riallocandole facendo attenzione all'andamento degli indicatori di processo e di risultato, premiando le buone pratiche e incentivando trasparenza e merito. È necessario che i cittadini comprendano le regole essenziali per una vita lunga

e in salute, che adottino comportamenti e stili di vita adeguati e che non cadano in trappole di disinformazione e di ciarlatani. Dobbiamo ambire anche a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione, che potrebbe contribuire ad abbattere i costi sostenuti dal SSN. Questo imporrà di dover “re-ingegnerizzare” l’intero “sistema”, formando una nuova classe di professionisti (costantemente aggiornati) e trasformare, mettendole in rete, le organizzazioni già esistenti sul territorio (ad esempio strutture sanitarie, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche, ecc.) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute, favorendo e premiando i comportamenti virtuosi.

In Italia questa sfida è stata già intrapresa e lo scenario più catastrofico è stato evitato, ma c’è ancora molto da fare, molteplici e profonde modifiche da apportare, disuguaglianze da riequilibrare e contraddizioni da superare e non sarà più possibile basarsi su soluzioni di breve periodo o su azioni di emergenza. Con l’impegno, la motivazione e la partecipazione di tutti, sarà possibile rinnovare con successo e sostenere l’incredibile valore del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ma per questo è necessario che tutti i soggetti istituzionali coinvolti facciano la loro parte: il Ministero della Salute e gli Enti da esso vigilato stanno già da tempo operando in questa direzione.

È un fatto di Giustizia. È un fatto di Salute.

Beatrice Lorenzin

Per salute e per giustizia

*Come solo politica e scienza possono salvare
il Servizio Sanitario Nazionale e perché è così difficile farlo*

“Il mondo è piatto, caldo e affollato”, dice l’opinion leader americano Thomas Friedman, e per evitare il caos non vi è alternativa che cercare di governarlo. Nei cinque anni da Ministro della Salute è quel che ha fatto Beatrice Lorenzin, battendosi per ricucire lo strappo tra scienza, società civile e politica. Consentendo al nostro Servizio Sanitario Nazionale di reggere all’urto dei venti di una “tempesta perfetta”. Quella che si profila all’orizzonte, generata dal doppio impatto dei costi conseguenti all’invecchiamento della popolazione e all’innovazione bio-medica. Ma per vincere la sfida servirà il contributo della stessa innovazione, oltre che maggiore appropriatezza, riforma dei ticket, nuovo Piano anti liste d’attesa, lotta alle inefficienze e altre azioni contenute nel decalogo “anticrisi” proposto da Beatrice Lorenzin. Che spiega anche come offrire agli italiani un’Assicurazione pubblica gratuita per le cure odontoiatriche.

Beatrice Lorenzin, nata a Roma nel 1971, nel 2008 è eletta alla Camera dei Deputati e dal 28 aprile 2013 guida il Ministero della Salute. Carica che ha ricoperto con i Governi Letta, Renzi e Gentiloni. Tra i provvedimenti più importanti varati da Ministro: l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza atteso da 16 anni, la riforma degli Ordini professionali sanitari, il decreto sui vaccini per contrastare il fenomeno del calo di immunizzazioni nel nostro Paese denunciato dall’Oms.

È leader e tra i fondatori di Civica Popolare.