

LA SANITÀ DELLE REGIONI

Su questo numero di *Medico e Bambino* (pag. 429) viene presentato un progetto che rappresenta, come ci dicono gli Autori, una nuova realtà per il pediatra: quello dello screening metabolico allargato. Riguarderà, senza apparentemente stravolgere la parte pratica di esecuzione (quella alla nascita, su goccia di sangue), diverse malattie genetiche, prevalentemente metaboliche, per le quali, ci dicono gli Autori, vi è la disponibilità di un test con sensibilità e specificità adeguate e per le quali esiste documentazione di sicurezza ed efficacia terapeutica.

Più che discutere le potenzialità e i limiti di un intervento di screening di questo tipo, in una fase peraltro di programmazione (l'articolo fornisce elementi sufficienti a riguardo, anche in termini di aspetti organizzativi e di futura (in)formazione), ci preme porre elementi di riflessione in merito al significato generale di un tale intervento di prevenzione secondaria di cui i pediatri territoriali e ospedalieri sanno poco o nulla. Nella realtà dei fatti, al momento, alcune Regioni italiane (Toscana) hanno già iniziato lo screening allargato (a 32 malattie), altre (Liguria, Lazio, Veneto) sono in una fase pilota. È sempre più frequente osservare (in particolare negli ultimi anni) che le politiche sanitarie, in termini di indicatori di qualità di assistenza, di spesa sanitaria (vedasi, ad esempio, quella per i farmaci), di interventi di salute pubblica, si caratterizzano in modo sempre più "differenziato" tra le varie Regioni italiane. È anche normale pensare che una Sanità, affidata nelle scelte alle decisioni dei Consigli regionali, possa avere e vivere virtuosamente di queste differenze, se si pensa, ad esempio, a investimenti e a scelte organizzative basate su dati epidemiologici forti in termini di salute. Si può immaginare, ad esempio, che si investa di più in alcuni settori che sono carenti per strutture e qualità assistenziale. Si può anche immaginare che alcune Regioni investano di più in strutture di qualità (nel fare ricerca o assistenza clinica) e/o nell'organizzazione di una rete territoriale più efficiente e centrata sui bisogni.

Rimane tuttavia difficile pensare che, per alcuni ambiti di salute, possano essere le singole Regioni a decidere "in proprio". Il rischio, sempre più realistico, è che si arrivi a forti disparità, a seconda dei bilanci da far quadrare, delle competenze di chi alla fine deve decidere in termini di interventi di salute pubblica. L'ulteriore rischio (di cui abbiamo continui esempi) è che le scelte politiche regionali siano basate su chiari interessi, pubblici o privati. E questi rischi, alla luce anche dei tagli previsti nella Finanziaria, sono sempre di più dietro l'angolo.

Per scendere nel concreto e limitandoci all'ambito pediatrico, non è possibile immaginare che alcune Regioni scelgano autonomamente di vaccinare ad esempio per pneumococco o varicella, mentre altre demandino la scelta al singolo pediatra e alla singola famiglia (qual è l'obiettivo? La protezione del singolo? Rispetto a quale strategia comunitaria nazionale? Con quali risultati?).

Non è possibile immaginare che alcune Regioni tengano un registro dettagliato delle malattie rare che riguardano l'infanzia (con un utilizzo tutto da verificare nelle ricadute virtuose a favore della salute dei pazienti), mentre altre ne facciano a meno. E non sarà possibile immaginare che lo screening allargato delle malattie metaboliche possa essere un privilegio (utile?) del bambino che nascerà in Veneto mentre non riguarderà quello che nasce in Campania. E, infine, non è possibile pen-

sare che in termini di rimborso di alcuni farmaci per malattie complesse, a volte senza formale autorizzazione, siano le Regioni a decidere, alcune per il SI e altre per il NO e che (per rimanere a una notizia di agenzia dell'ultima ora) la terapia farmacologica (spray nasali) della rinite allergica sarà rimborsata dalla sola Regione Toscana... in attesa che altre seguano questo ragionevole provvedimento.

L'equità nell'assistenza sanitaria è un diritto/dovere da sempre molto dibattuto, difficile da realizzare, di fatto per molti aspetti inevaso, anche nei Paesi sviluppati. Se ne discute molto in questi giorni sulla grande stampa scientifica internazionale a proposito della riforma della Sanità di Obama in USA, rispetto ad esempio alla sua messa in opera nei diversi Stati dell'Unione. In Italia, al contrario, il dibattito su quello che è e sarà il futuro della Sanità è molto carente, limitato a una prospettiva di tagli o di sopravvivenza dell'esistente, ma senza una chiara definizione di strategie che abbiano una valenza nazionale o di vero confronto tra le Regioni. La Conferenza Stato-Regioni (che dovrebbe avere in parte questa funzione) si limita, in questo momento, a una discussione puramente economica. La centralizzazione di alcuni documenti di indirizzo (si pensi proprio alle malattie rare) e di scelte decisionali in termini di rimborsabilità e bilanci tra rischi e benefici di alcuni trattamenti farmacologici (sempre appannaggio di scelte dell'Agenzia Italiana del Farmaco) sono a forte rischio di vivere una frammentazione decisionale regionale, con ricadute facilmente prevedibili in termini di disparità o di scelte per lo meno discutibili.

L'ambito materno-infantile, per la sua storia, la sua cultura, la sua rete assistenziale, dovrebbe trovare il coraggio e la prospettiva di porsi come un interlocutore "unitario", che superi, nella bontà delle proposte e dei documenti di indirizzo, la frammentazione a cui stiamo assistendo.

Federico Marchetti

UMANO, NON ABBASTANZA UMANO

Fare ottima medicina richiede di innovare interi sistemi di cura - farmaci, tecnologie e soprattutto medici e operatori che collaborano tra loro senza soluzioni di continuità, valutando il proprio operato e aggiustandolo in base al contesto - per produrre sempre migliori servizi per le persone al minimo costo possibile per la società¹.

Una ben nota classifica dei sistemi sanitari stilata dall'OMS nel 2000 sulla base di tre criteri (risultati di salute, equità, capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti) aveva posto l'Italia ai primi posti, assieme alla Francia. In realtà il nostro SSN eccelleva nel primo parametro (risultati di salute, peraltro non attribuibili esclusivamente all'attività del servizio sanitario), e nel secondo (equità), grazie soprattutto al nostro sistema di tassazione progressiva, mentre perdeva moltissime posizioni nel terzo (*responsiveness*, o capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti). Una più recente analisi comparativa svolta dal *Commonwealth Fund* (un non-profit USA) e ba-

1. Dal discorso di apertura dell'anno accademico di Atul Gawande, professore associato di chirurgia alla Harvard Medical School, e professore al Dipartimento di Health Policy and Management della Harvard School of Public Health.

sata su 5 classi di parametri (qualità, accesso, efficienza, equità, risultati di salute) non ci prende in considerazione, mentre colloca, senza sorpresa di alcuno, il sistema USA nella posizione più bassa.

Buono o cattivo che sia il *ranking* internazionale, sta di fatto che tutti, o quasi, questi Paesi stanno ora attuando o studiando radicali modifiche ai propri sistemi sanitari, nel tentativo di renderli compatibili con le minori risorse a disposizione, pur mantenendone le prerogative. Le ricette sono diverse, a volte perfino di diverso segno rispetto ai due assi principali (decentramento verso accentrato, pubblico verso privato), e forniscono materia di riflessione. Nel Regno Unito, ad esempio, si vuole puntare decisamente sulla funzione dei *General Practitioner* che, riuniti in consorzi, dovranno assumere un ruolo decisivo nella gestione del sistema: riceveranno un budget complessivo per i loro pazienti e dovranno decidere come meglio utilizzare le risorse disponibili in termini di prevenzione, trattamenti e ricoveri ospedalieri. Una soluzione che (ri)mette nelle mani dei professionisti le decisioni, che richiede un notevole insieme di capacità, e che può rinforzare, ma anche mettere in crisi, il rapporto di fiducia con i pazienti. Intrigante, per noi, pure la parziale marcia indietro sull'asse decentramento-accentrato dell'Australia (che ha un sistema misto, con istituzioni pubbliche non profit e private a contendersi il mercato dei *provider*, e largamente federale), e che ora intende riequilibrare la bilancia di potere tra i poteri locali e il centro a favore di quest'ultimo: troppe sperequazioni, dicono, e troppo poco coordinamento sui grandi temi. Dalla riforma USA, di cui si è già detto (*Medico e Bambino* 2010;29:211), abbiamo poco da apprendere, se non dalle ragioni per cui si rende necessaria una riforma.

Di queste grandi manovre in atto sui sistemi sanitari vanno sottolineati due aspetti.

Il primo è che ci si rende ovunque conto che è necessario modificare qualcosa se si vuole "conservare" o, nel caso USA, raggiungere un sistema ragionevolmente equo, efficace e sostenibile. Da noi, anche le Regioni "sane" dovranno fare i conti con riduzioni del budget, tali che o si riduce la spesa sanitaria o si operano tagli drastici su tutte le altre voci del budget (trasporti, servizi sociali, ambiente, cultura ecc.). In mancanza di innovazioni, quello che succederà è che le Regioni, alcune più decisamente, altre tentando qualche ipocrita scappatoia, scivoleranno verso un lento degrado nella offerta e qualità dei servizi pubblici che troverà necessariamente il suo sfogo nella medicina privata, con trasferimento dei costi nelle tasche dei cittadini e con inevitabili conseguenti diseguaglianze. Una transizione che viene, o verrà, tenuta per lo più implicita, e quindi ancor più priva di regole, e in cui il ruolo centrale lo giocherà il privato *for profit* piuttosto che il *non profit*, in Italia ancora debole.

Il secondo aspetto è che, come si sottolinea in recenti commenti sulla stampa inglese, dal *The Lancet* al *BMJ*, pare di assistere a una corsa sempre più affannosa al cambiamento, che, in sé, produce costi transizionali e disorientamento tra gli operatori e i cittadini/utenti.

Non sarà, dunque, che, fatti salvi alcuni principi generali di buona gestione, è altrove che si deve rivolgere l'attenzione piuttosto che su alternanti ingegnerie istituzionali? Magari a quel punto centrale di ogni sistema che è la dimensione umana e i rapporti tra le persone? In questo caso tra professionisti, tra questi e gli utenti, e tra gli utenti stessi?

Accettare la sfida di mantenere un servizio essenzialmente

pubblico, universalistico, non può che puntare sull'aspetto della appropriatezza degli interventi, quindi del loro appropriato contenimento.

Tutti gli operatori sanno che c'è ancora un grande margine di contenimento e quindi di risparmio se si segue la conoscenza e non la difesa professionale o l'interesse della propria azienda. Per far questo non si può che puntare sulle risorse umane del sistema, che comprende sia gli operatori che gli utenti. Letteratura ed esperienza di molti Paesi, ricchi e poveri, in transizione o in *empasse* (come il nostro e gran parte dei Paesi europei), pare proprio indichino con innegabile evidenza l'importanza del fattore umano.

In ultima analisi, molto dipende da quello che il singolo medico, infermiere, tecnico, manager fanno, fanno fare e vogliono fare. La strada maestra per sistemi sanitari pubblici non può che passare per una maggiore responsabilità e riconoscimento attribuito a tutta la filiera degli operatori. A partire dai direttori generali alla cui sapienza e saggezza sono affidate la quadratura del cerchio, l'innovazione, l'equità. E ovviamente passando per i medici, gli infermieri e i terapisti, cui è affidata la persona con i suoi diversi bisogni, fino ai farmacisti, pubblici e privati, e così via.

Tra queste figure andrà anche ristabilito un equilibrio. Già a partire dai piani di formazione e dai loro contenuti: più personale infermieristico sia nelle corsie che in comunità potrà garantire quella adeguatezza del *nursing* della comunicazione e della informazione che fa tanta parte della qualità. Questo dovrebbe portare a medici delle cure primarie, inclusi i pediatri che peraltro andranno presto a scarseggiare, meno numerosi, più preparati a essere dei veri specialisti delle cure primarie, più collegati tra loro, più assistiti dai distretti. A manager che abbiano una solida preparazione non solo di *management* (che tutti credono di avere, ma non hanno, soprattutto per quanto riguarda la gestione del patrimonio più prezioso, quello delle risorse umane) ma di salute pubblica, in modo che obiettivi economici e obiettivi di salute vengano considerati assieme.

A migliori operatori corrisponderebbero - di fatto - migliori pazienti, più consapevoli, più responsabili e più attivi nel promuovere la propria salute. Più disponibili ad accettare limiti, se convinti della qualità della proposta. Se si deve, come si deve, metter mano a riforme, dunque, il fattore umano, piuttosto che le griglie concettuali e le piroette gestionali, dovranno essere posti al centro.

Dalle persone si può ottenere molto di più. Basta trattarle come tali.

Giorgio Tamburini

SPETTA A NOI

Dunque, abbiamo alle nostre spalle l'estate più calda e più ricca di disastri del nostro secolo ancora neonato, e anche dell'altro "secolo breve", in realtà lunghissimo, che lo ha preceduto. Diciamo, degli ultimi 110 anni. I ghiacciai si sciogliono, tra un poco anche l'Antartide si troverà nuda di ghiacci, o poco vestita. E se il ghiaccio della tundra si scioglie, pare che ne vedremo delle belle. Gli scienziati si azzuffano, da bravi intellettuali, magari non disinteressati, "organici a qualcosa". Che si azzuffino, il caldo cresce, e non sarà la CO₂ come pretendono i conformisti, ma intanto la CO₂ dell'atmosfera cresce

parallelamente alla temperatura, e anche questo sarà un caso, comunque difficile che sia una cosa buona. Gli Stati promettono, e non mantengono, di ridurre le emissioni; la Cina poi nemmeno promette, anzi, sostiene il suo diritto a emettere, visto che è diventata Grande, anzi Grandissima, e che non aveva emesso nel 1900. La competitività prima di tutto. "L'uomo come fine", una baggianata. L'Italia, come la Cina, sostiene il suo bisogno/diritto di emettere, tanto poi sfiora e nessuno la sgriderà troppo. Intanto, visto che è possibile guadagnarci sopra molto denaro sporco facendo poco, si butta sull'eolico, e non importa se non produce energia (si dimenticano magari di attaccar la spina), basta che le pale si vedano.

Ma non spetta a noi occuparcene.

L'anonima voracità dei ricchissimi, anzi del Sistema della ricchezza, ha aperto un buco nel fondo del mare, che ha mollato fuori e molla, ogni giorno, ogni ora, ogni minuto, non sapremo mai quante decine o centinaia, o migliaia (cosa fa uno zero?), di tonnellate di petrolio in mare: molte ne aveva già disperse (ogni volta, a parole, una "tragedia ecologica") con le carrette o le megacisterne piene di petrolio che andavano a sbattere sulla costa corallina: ma erano tragedie che oggi sembrano barzellette d'avanspettacolo. Continuerà la scalata? (continuerà).

Ma non spetta a noi.

Il lavoro (l'uomo) diventa una componente sempre più marginale della produzione (si produce troppo, troppo facilmente e troppo in fretta; in confronto si consuma troppo poco, meno di quel che il sistema vorrebbe); e lo si può trovare, delocalizzando o ricattando, a condizioni sempre più favorevoli per i vertici delle imprese. Ciononostante, molte piccole, ma anche grandi, ditte non ce la fanno, e devono chiudere: e così c'è sempre meno lavoro e dunque una mano d'opera sempre più disponibile. Marx, poverino, si metterebbe le mani nei capelli, se lo vedesse; e si girerebbe nella tomba se l'Angelo della Morte, maligno, glielo sussurrasse all'orecchio ormai corroso, polverizzato dal tempo.

Ma non spetta a noi.

Il nostro mare ha smesso di darci il pesce: non ci sono più pesci in grado di riprodursi, il rapporto tra nascite e pescato è disperatamente in rosso. I nostri tonni li catturano in alto mare, ancora piccoli, quelli che restano.

Ma non spetta a noi.

La corruzione costava all'Italia, a noi, alla crisi, ai bisogni di cassa, 50 miliardi all'anno, forse adesso 150, ed è intorno a noi, la corruzione, e interessa in larga misura, dappertutto, ma molto di più al Sud, la Sanità.

Questo già un poco ci riguarda. Perché anche i medici concorrono alla scelta degli acquisti (di protesi costose, per esempio, o di apparecchiature costosissime); ma in realtà la gestione della Sanità è in mano ai politici, più che mai, e i manager della Sanità sono loro uomini, dappertutto, e i Direttori sanitari, e i Direttori scientifici, e spesso anche i primari; e un medico non dovrebbe essere mai uomo di nessuno, solo del suo lavoro, anche se può avere le sue idee politiche. La regionalizzazione permette una larga autonomia, anche di "andar sotto", di andar molto sotto, voragini, senza giustificazione alcuna (visto che le Regioni dove c'è la migliore Sanità sono anche quelle che stanno dentro ai bilanci) e senza vergogna. Ma in Italia non c'è più nemmeno la vergogna, né i controlli, né al-

cun tipo di punizione per chi sbaglia; ah, ho sbagliato anch'io, dovevo dire per chi ruba.

Poi ci sono i tagli. I tagli alla Sanità non ci saranno, ci è stato detto, e avevano ragione perché i tagli c'erano già, e ci sono dall'anno scorso; e sono naturali, perché quello che lo Stato dà alle Regioni, quello che tocca alle Regioni, la loro parte delle entrate, se le entrate diminuiscono, diminuisce. E diciamo pure che questo è inevitabile. E che questo ridurrà la capacità di tenuta del SSN e, di conseguenza, come avviene sinora dappertutto o quasi, se la saccoccia è forzatamente aperta, invece, per il privato, rinforzerà quest'ultimo, che non ne aveva proprio bisogno.

I tagli si esprimono essenzialmente col blocco del turnover del personale, quindi, di fatto, con una diminuzione della forza lavoro, e della possibilità di svolgere il proprio compito "come prima". Se ne avvantaggerà il privato, dove il medico, quello che "presta la prestazione", è lui stesso corrotto, lavora a cottimo, guadagna molto, non "uno stipendio di merda", come abbiamo sentito dire, in diretta, da un collega, alla televisione (Report); e più fa, non importa se utile, o corretto, o men che meno se è EBM-compatibile, più guadagna.

Non è tutto così, neanche nel privato, e spiace, con queste parole, ferire il collega, il buon collega che fa della buona medicina nel privato. Ma questo è il sistema, che è più forte di tutto e di tutti; che è già profondamente corrotto nel pubblico, ai vertici e da lì discendendo, ma molto più corrotto nel privato, e corrottissimo nell'alleanza tra pubblico e privato, alleanza politica, falsamente innocente, falsamente liberale, apertamente, anzi fieramente (e più che documentatamente) sostenuta dal nostro Governo. E da tutti gli altri che ne traggono vantaggio.

E qui ci spetta per forza, spetta proprio a noi, anche se non possiamo opporci alla forza, politica, del sistema, come non ci opporremo alla forza di gravità: ci spetta di fare meglio con meno, di lavorare meglio e di più, di non chiedere esami inutili, di non fare prescrizioni non necessarie, di contare più sul paziente, di promuovere la sua autonomia, di liberarlo, come comunque dovremmo, dalla nostra presenza e dai nostri controlli intrusivi; e per converso di non prestarci alle sue richieste improprie. Sarebbe una rivoluzione; e non importa se non lo sarà: ogni persona potrà fare la sua parte, e ricavarne soddisfazione. L'intera pediatria, come si è detto altre volte, pesa troppo poco sul bilancio sanitario per essere importante: ma non è una scusa per non fare, al meglio, il proprio mestiere; che poi è l'unico modo, o il principale, per guadagnarsi, dalla vita, un po' di felicità. E questo vale anche per l'insegnamento universitario, anche quello ferito, e per la ricerca: non mollare, non mollare.

Forse le mie parole sono sbagliate; forse non dovevo dirle; ma non potevo non dirle; e se ci sarà una smentita, o un dibattito, su questa libera stampa, non potremmo non esserne felici.

E anche questa libera stampa, perché questo siamo orgogliosi di essere, senza toglierne il diritto a nessuno, anzi augurandolo a tutti, dovrà pagare il suo scotto, e fare meglio con meno, dopo il raddoppio delle spese postali, forse necessario, comunque dovuto, e tutt'altro che indolore. Coraggio, *non praevalebunt*.

Franco Panizon