

L'INSOSTENIBILE INSOSTENIBILITÀ DEL SSN

Il professor Monti, persona sobria, ragionevole, e alla quale portiamo rispetto, uno o due difettucci li ha: si è portato dietro qualche incrostazione ideologica (anche lui, così pragmatico e così british!) e ha, fra i suoi ferratissimi consiglieri, qualcuno che forse sa di finanza ma non di salute. L'affermazione che il nostro SSN non è sostenibile economicamente non pare infatti reggere le evidenze, e richiede, per lo meno, qualche puntualizzazione.

Certo, la popolazione invecchia. Certo, aumenta il carico di malattia con l'età. Certo, aumenta il costo di farmaci e diagnostica strumentale. E tuttavia: a) le proiezioni dello stesso governo sui costi del SSN prevedono un costo per il 2020 del 7,1 del PIL e per il 2030 del 7,4 (ovviamente dipende anche dall'andamento del PIL) (vedi Figura); su questo la spesa per anziani e non autosufficienti è prevista, per gli stessi anni, aumentare dall'1,9 al 2,0. Non pare un andamento catastrofico, vero?; b) l'Italia, non si sa bene come e perché, forse sarà la dieta, forse sarà il clima, difficile che sia, di questi tempi, la nostra proverbiale spensieratezza, sta di fatto che siamo la nazione con meno anni passati con disabilità (e questo nonostante tutti i falsi disabili); c) chiunque conosca bene i contenuti dei servizi di salute e non sappia solo di management astratto sa bene che esiste in Italia una sovrabbondanza di ospedali, centri e unità specialistiche che potrebbero essere accorpate per servire una popolazione maggiore a parità di costo e con margini di sicurezza e qualità maggiori; d) esiste una quota di prescrizioni di esami e farmaci (e, in qualche caso, anche di vaccini!) che non è giustificata; e) una parte delle cure primarie potrebbero, con vantaggio non solo per la cassa del SSN ma per la qualità delle prestazioni, per quella che oggi si chiama "prossimità delle cure", essere trasferite da personale medico a personale infermieristico; f) esistono degli sprechi, in parte da corruzione e clientela, in parte da incompetenza, che sono facilmente individuabili con il metodo dei costi standard, se applicato con intelligenza e competenza, non da parte di burocrati.

Il nostro sistema sanitario è migliorabile, ma nonostante tutte le zavorre che si porta dietro, resta uno dei più equi al mondo, e

uno di quei pochi, o pochissimi, che garantiscono cure di eccellenza a tutti. Va difeso, anche perché garantisce occupazione di qualità, e, se l'investimento in ricerca fosse adeguato, potrebbe anche riportarci a posizioni di leadership tecnologica in molti campi, visto che le teste non mancano.

Perché allora parlare di insostenibilità? Perché aprire al "for profit" che, lo dice la parola stessa, in salute deve puntare sul profitto, cioè sulla vendita di "prodotti" anche se non sono necessari? Non bastano tanti esempi, dagli interventi chirurgici senza indicazione in Lombardia ai cesarei gonfiati in Campania? Mettere il SSN in condizioni di maggiore efficienza e qualità richiede, soprattutto, che si conosca esattamente quello di cui si parla e che non si consideri il mercato della salute come un mercato "perfetto", come se fosse di lavatrici. Pare proprio che l'obiettivo sia quello di aprire un lauto mercato alle assicurazioni, e ai private providers. Come negli Stati Uniti, dove la sanità costa il 17% del PIL, lascia fuori 30 milioni di americani (erano più di 40 prima della timida riforma che hanno lasciato fare a Obama)? Suvvia!

E perché non porsi, invece, il problema del "limite"? L'impenata dei costi di alcune classi di farmaci (vedi i biologici, tra i quali l'ultima generazione costa sempre un multiplo delle precedenti e produce effetti aggiuntivi solo a volte, e di poco, superiori), ma anche gli inibitori di pompa protonica, la scelta nella prescrizione degli antipertensivi, e altri ancora. La questione non può essere scaricata sulle spalle dei medici, cui resta comunque la responsabilità di usare al meglio le risorse per i loro pazienti; ma nell'ambito di indirizzi generali da assumere a livello nazionale, da parte di un'entità analoga al NICE britannico che, sulla base di attente valutazioni e considerazioni di costo e beneficio, valuti cosa può essere "passato" dal SSN e cosa non ci si può permettere. Decisione eticamente impegnativa, ma necessaria: una percentuale vicina al 20% di tutta la spesa sanitaria se ne va per le cure nell'ultimo anno di vita. Ha senso? Per ottenere quali risultati di salute? Non è meglio investire di più in prevenzione (si veda il peso impressionante di fattori di rischio, in questo stesso numero, nell'articolo che riporta i risultati del Global Burden of Disease) e in servizi sociali e infermieristici di prossimità che aumentino la qualità degli anni di vita?

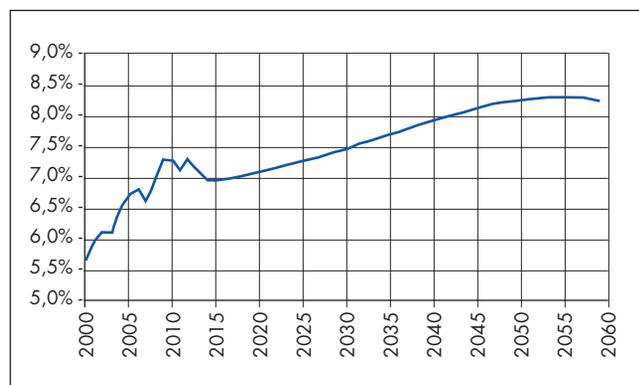
Insostenibili sono altre cose.

Insostenibile è avere un governatore (nel virtuoso Friuli Venezia Giulia) che fa riaprire reparti di pediatria già accorpati, perché mancano pochi mesi alle elezioni regionali (vedi Lettere, in questo stesso numero).

Insostenibile è non attuare il piano della Conferenza Stato-Regioni del 2010 che ha previsto l'immediata chiusura dei punti con meno di 500 nati e il progressivo ridimensionamento (a seconda delle realtà territoriali e non degli interessi politici) di quelli con un numero di nascite tra 500 e 1000.

Insostenibile è avere direttori generali che assumono operatori che non servono e dal curriculum discutibile, quando ci sono reparti essenziali che piangono miseria.

Insostenibile è avere in Lombardia qualcosa come 18 (mi pare, ma se fossero 16 farebbe differenza?) cardiocirurgie. O avere, in Lazio e in altre Regioni, deficit clamorosi cui non corrisponde nemmeno una buona qualità dei servizi: ad esempio, il Policlinico Umberto I ha in funzione 20 chirurgie che effettuano 149 interventi all'anno di chirurgia della mammella complessivamente (media 7,5 ciascuno) contro i 100 ottimali per garantire qualità ed efficienza.



Spesa sanitaria pubblica in % PIL (anni 2000-2060). Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012. (Rapporto n. 13, nota di aggiornamento - settembre 2012, citato da Marco Geddes in www.saluteinternazionale.info 10 dicembre 2012. Fonte Ragioneria dello Stato)

Insostenibile è fare demagogia con l'apertura degli ambulatori 24 ore su 24, quando il punto è la qualità e la continuità dei percorsi di cura e presa in carico tra ospedale e territorio.

Insostenibile è la prescrizione di farmaci costosissimi a pazienti in cui il beneficio è del tutto marginale.

Insostenibili sono i tagli lineari che troncano le gambe al sistema senza lasciare autonomia ai manager e ai professionisti di attuare scelte competenti e sagge (vedi *Medico e Bambino* 2012;31:415, Editoriale).

Per finire, invadiamo noi, questa volta, il campo degli "economisti" con un paio di considerazioni.

Primo, non siamo tra quanti pensano che sia "sano" aumentare il peso della sanità sul PIL, ma attualmente siamo al di sotto della media europea, e, come abbiamo visto, l'aumento previsto è molto contenuto. È una quota che deve rimanere tale. Aumentarla non sarebbe sano perché andrebbe a scapito dello sviluppo e quindi della salute. Diminuirlo andrebbe, però, a scapito della salute e quindi dello sviluppo.

Secondo, tutte le opzioni previste per rendere "sostenibile" (per la finanza pubblica) il SSN, dalla franchigia per i più ricchi (quelli che pagano le tasse si intende...) all'aumento dei ticket sono una bomba ad orologeria messa sotto il SSN: i benestanti a un certo punto non saranno più disposti a pagare due volte (con la tassazione progressiva e con i contributi di solidarietà obbligatori...) e si rivolgeranno alle assicurazioni private, e molti utenti troveranno conveniente utilizzare providers privati che forniscono la stessa prestazione a costi simili o di poco superiori e in tempi più rapidi. Ma così si farà venire meno, a poco a poco, il sostegno al SSN. E il ricorso al privato farà lievitare i costi, non quelli pubblici, certo, ma quelli privati, in ultima analisi sottraendo comunque risorse ad altri investimenti, per esempio per l'istruzione.

C'è dunque qualche conto che non torna. Qualche diagnosi, e di conseguenza qualche terapia, da correggere. Qualcosa di insostenibile che qualcuno continua a sostenere.

Giorgio Tamburlini

MEDICO E BAMBINO 2013

È iniziato il 31° anno di attività della rivista *Medico e Bambino*. Si apre con un numero che crediamo possa esprimere, nei suoi contenuti, sentimenti, idee e aspettative comuni di quanti, a diverso titolo (pediatri di famiglia, ospedalieri, di comunità, specializzandi, infermieri, ricercatori), sono i protagonisti della "cura" dei bambini nel Paese Italia. Ad esempio, l'indignazione per le tante cose che stanno accadendo nell'ambito della sanità, e che segnalano il sempre maggiore distacco tra l'assistenza reale e quella dirigenziale, aziendale o regionale. Ma anche la consapevolezza che può esistere ancora una prospettiva di cambiamento se si ragiona sul significato delle parole "sanità e salute pubblica", mettendo insieme una prospettiva di risparmio con quella di una migliore qualità assistenziale (vedi Editoriale di Giorgio Tamburlini). E la convinzione che il pessimismo, per non dire la rabbia, che accompagna a volte il lavoro di ciascuno di noi (soprattutto della generazione che è nata con *Medico e Bambino* e si è trovata delusa in alcuni suoi ideali), potrebbero ancora trova-

re sbocco nel prospettare e vivere una professione migliore, al servizio di una sanità migliore. Impossibile? Noi ci crediamo, e lavoriamo perché la rivista esprima questa prospettiva, e la faccia vivere.

Scrivo il prof. Panizon nel suo "infinito testamento", riportato nell'Oltre lo Specchio di questo mese: "Sono le piccole cose il cui sapore dà sapore alla vita. Ciascuno ha diritto ad essere il migliore. Ciascuno può essere il migliore. L'etica professionale, il livello della professione, anzi il livello etico di un popolo è fatto di infinite piccole decisioni controcorrente, che generano alla fine una corrente buona. Credete in voi stessi". Ma per fare questo non bisogna essere conformisti, non bisogna vivere la regola del "così fan tutti", non bisogna pensare che il mestiere del medico inizia e finisce dentro il proprio ambulatorio, nella consapevolezza che esiste una salute "globale", che ha i suoi bisogni e che non si può pensare che appartengano a un altro mondo (vedi Articolo speciale sul Global Burden, pag. 29, e News Box, pag. 21).

Certamente il futuro per la pediatria italiana possiamo vederlo con sufficiente ottimismo se ci saranno a salvaguardare la salute dei bambini alcuni specializzandi di oggi, quelli del Friuli Venezia Giulia ad esempio, che scrivono alle massime dirigenze politiche regionali per riportare le ragioni scientifiche in merito alla opportuna (anzi necessaria) chiusura di alcuni punti nascita della Regione (vedi Lettere, pag. 13). Una lettera rivoluzionaria, per i suoi contenuti, e perché è contro l'interesse personale (il posto di lavoro vicino a casa). Una nuova generazione di pediatri e ricercatori che è coraggiosa, e onesta culturalmente, quando ad esempio afferma che la ricerca, è il caso dell'alimentazione del bambino, non può essere condizionata da ipotesi preconstituite, che cercano di dimostrare ancora quello che è già noto. E che ci dice di alzare lo sguardo, di rivolgere l'attenzione su quello che resta ancora da capire in termini conoscitivi e pratici (vedi Articolo speciale sull'alimentazione, pag. 42, il relativo Commento, pag. 47). Un richiamo che vale per tutti, ma in particolare per chi ha il compito, a livello nazionale, di indirizzare la ricerca, e per le Università che non possono, soprattutto in questo momento di difficoltà, venire meno al loro ruolo istituzionale.

Medico e Bambino per il 2013 si propone di rispondere ancora di più a questa prospettiva di Salute pubblica del mondo dell'infanzia, fatta di percorsi condivisi ed essenziali, e allo stesso tempo di un sapere che vive al passo con i tempi, che sappia riflettere e distinguere le vere novità da quelle che sono, appunto, conformistiche o indotte dal mercato. Intende farlo con la logica che lo ha sempre contraddistinto: quella del confronto, della riflessione collettiva sui grandi temi della Sanità, ma anche con l'aggiornamento puntuale. Per stimolare il confronto e il dibattito, da questo numero abbiamo deciso di scrivere anche noi una lettera ai lettori. Lo faremo con lo stile di *Medico e Bambino*, quindi "graffiando" un po' (pag. 13), per provocare una riflessione in più, per segnalare un "aleri" che sarà difficile dimenticare, per aprire, magari, un dibattito. Auguri, quindi, a tutti i lettori per un felice anno di lavoro "di rete".

Vi chiediamo, ancora una volta, di starci vicino, di rinnovare il vostro abbonamento, di seguirci sul sito (nel 2012 ci sono stati 1 milione di accessi, pag. 59), di scriverci, e di scrivere sul blog, su facebook o su twitter. Farà bene a tutti.

Federico Marchetti