

3/16

il sasso nello stagno

MANIFESTO PER UN NUOVO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Definanziato, ospedalocentrico, con servizi sanitari regionali che presentano enormi differenze sia nelle prestazioni offerte sia in termini di esiti di salute. Il Servizio sanitario nazionale è malato ma grazie a un impianto costituzionale e normativo come il nostro, che mette la salute al centro, possiamo rilanciarlo.

E la pandemia ci dà l'occasione per farlo. Occorrono però innovazioni di rottura: un finanziamento importante, un contratto unico per il personale, l'abbattimento delle barriere tra le aziende sanitarie, la regolamentazione del rapporto pubblico-privato, la riduzione degli sprechi.

MicroMega

3

NINO CARTABELLOTTA

in conversazione con

INGRID COLANICCHIA

La pandemia ha messo in evidenza limiti e criticità di tanti settori del paese, in primo luogo del Servizio sanitario nazionale (Ssn), ospedalocentrico e teso all'assistenza più che alla prevenzione. Per capire come mettere a frutto gli insegnamenti di questi mesi al fine di delineare un

nuovo e migliore Servizio sanitario nazionale abbiamo intervistato Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, che da anni si batte per un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, che garantisca a tutti il diritto alla tutela della salute.

Per capire, alla luce di quanto abbiamo vissuto in questi mesi, quali dovrebbero essere le caratteristiche di un nuovo – e migliore – Servizio sanitario nazionale cominciamo con l’indicare quali sono state le scelte – sbagliate – che ci hanno condotto allo stato attuale.

La pandemia ha messo in luce due grandi criticità. La prima è il consistente definanziamento a cui è stata sottoposta la sanità pubblica tra il 2010 e il 2019: in base alle analisi indipendenti della Fondazione Gimbe, in questo arco di tempo, la sanità pubblica ha perso quasi 37 miliardi di euro, di cui 25,4 nel periodo 2010-15 come effetto dei tagli decisi dal governo, e 12,1 nel periodo 2015-19 come attività di definanziamento programmato, concordato tra governo e regioni per ragioni di finanza pubblica. A fronte dei risultati di queste analisi non sono mancate reazioni, sulla base della considerazione che il finanziamento pubblico sarebbe in realtà aumentato. Tuttavia, se è vero che tra il 2010 e il 2019 il fabbisogno sanitario nazionale è aumentato di 8,8 miliardi di euro, si tratta di una percentuale di crescita inferiore a quella dell’inflazione, che non copre neppure l’aumento del potere di acquisto: in altre parole, negli ultimi dieci anni, la sanità si è di fatto trovata a operare con meno fondi che negli anni precedenti.

A fare le spese di questi tagli è stato essenzialmente il personale, voce più facilmente aggredibile: in base alle nostre stime orientative, dei 37 miliardi di euro persi dalla sanità pubblica, dai 13 ai 15, pari a circa il 40 per cento, sono stati sottratti al personale.

La prima modalità, quella più rilevante, con cui ciò è avvenuto è stato il blocco del turn-over: alle regioni è stato imposto un tetto per la spesa del personale cosicché, per 10 anni, è mancata la possibilità di rinnovare gli staff. La seconda modalità è consistita nel blocco dei contratti, tanto dei medici ospedalieri quanto di quelli convenzionati e di famiglia, dei pediatri di libera scelta, degli infermieri. Tutto il comparto sanitario è stato interessato da questo blocco per una decina di anni e i recenti rinnovi hanno registrato incrementi risibili.

Questi tagli hanno avuto un effetto collaterale non indifferente sulla sanità pubblica, perché molti professionisti hanno deciso di spostarsi verso il privato, sfruttando la possibilità, in assenza di un rapporto di esclusività con il pubblico, di svolgere prestazioni li-

bero-professionali o per conto di case di cura private o private accreditate. Tutti aspetti che inesorabilmente hanno contribuito a indebolire l'architettura del Servizio sanitario nazionale.

Sul personale ha poi influito l'assenza di un'adeguata programmazione del numero di specialisti, come drammaticamente evidenziato durante la pandemia dalla carenza di anestesisti: è stata proprio la loro mancanza il principale ostacolo con cui si è scontrata l'operazione della grande terapia intensiva dell'ospedale Milano Fiera. Da molti anni, infatti, stentiamo a offrire ai medici laureati le borse di studio per la scuola di specializzazione, alimentando le schiere dei cosiddetti «camici grigi», medici laureati che non riescono a entrare nel mondo del lavoro perché è negato loro l'accesso alla specializzazione. È il famoso imbuto formativo, per dirlo con le parole dei tecnici.

La seconda macrocriticità, ulteriormente enfatizzata dalla pandemia, è determinata dalle modalità di collaborazione tra Stato e regioni. L'articolo 32 della Costituzione affida alla Repubblica la tutela della salute delle persone, attraverso una leale collaborazione tra governo e regioni: tuttavia tale collaborazione si trasforma spesso in accesa competizione per ragioni di tipo squisitamente politico e partitico. Pensiamo, solo per fare un esempio, alla firma del Patto per la salute 2019-21, che doveva sbloccare i 3,5 miliardi di euro di finanziamento previsti per gli anni 2020-21: c'è voluto un anno perché governo e regioni si mettessero d'accordo sui contenuti di quel Patto. Quello che doveva essere un rapporto di leale collaborazione finalizzato alla tutela della salute è diventato insomma un continuo terreno di scontro tra i due attori.

Oltretutto, la Conferenza delle regioni e delle province autonome, che fino a qualche anno fa era un organismo piuttosto compatto, si è sfilacciata, in particolare nell'ultimo anno, in correnti diverse, dettate da linee di partito, dalla contrapposizione Nord-Sud, da posizioni favorevoli o contrarie all'autonomia differenziata. Oggi il mantenimento degli equilibri politici e partitici all'interno della Conferenza è diventato più difficile, indebolendo complessivamente la voce delle regioni nella contrattazione con lo Stato sui temi sanitari, favorendo inesorabilmente compromessi politici: la firma del Patto alla fine è arrivata perché è stata mantenuta la figura del «commissario-presidente» (fortemente voluta dal governatore De Luca) e la Lombardia è stata «accontentata» sul mancato allentamento dei tetti sulla mobilità sanitaria. Altro che Patto per la salute! Si è trattato di un compromesso politico tra governo e regioni per la gestione dell'Ssn: chiamarlo Patto per la salute

non è che uno schiaffo all'intelligenza delle persone oltre che al reale principio di tutela della salute.

Dal punto di vista dell'impianto normativo costituzionale, la sanità è materia di legislazione concorrente, si tratta cioè di un'area in cui ad assumere le decisioni sono tanto lo Stato quanto le regioni, sulla base di competenze esclusive: lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza, decidendo le prestazioni che devono essere pagate con i fondi pubblici; le regioni si occupano invece della pianificazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Poiché tuttavia il livello di monitoraggio da parte del governo è ben lungi dall'essere rigoroso, le regioni vanno di fatto per conto loro, così che oggi ci troviamo di fronte a 21 servizi sanitari regionali che presentano enormi differenze sia nell'offerta di servizi sia in termini di esiti di salute.

Lei ritiene che ci sarebbe bisogno di un maggiore controllo da parte dello Stato?

Allo Stato non spetta una funzione di controllo nel senso ispettivo del termine. Perché la legislazione concorrente funzioni, serve un incremento delle capacità di indirizzo e di verifica dello Stato, un ministero più forte che definisca gli standard di salute da raggiungere e le prestazioni sanitarie da erogare, effettuando poi un adeguato monitoraggio.

Fino a oggi tale monitoraggio è stato realizzato tramite la cosiddetta «Griglia Lea» (griglia dei livelli di assistenza) con 33 indicatori rimasti invariati negli ultimi sette anni: in pratica, è come se ogni anno all'esame di maturità non solo si portassero le stesse materie, ma si conoscessero anche le domande che ci saranno rivolte. Di fatto, poiché le regioni vengono valutate sempre sugli stessi dati, la qualità media risulta cresciuta anche se nel mondo reale la qualità dell'assistenza è peggiorata. Non a caso, tale griglia non contiene alcun indicatore sulle liste di attesa, che è uno dei problemi principali in molte regioni.

Peraltro, c'è da considerare che lo Stato monitora le regioni a un certo livello, ma le regioni a loro volta sono chiamate a monitorare le performance di Asl e aziende ospedaliere e, a livello aziendale, ciascun direttore generale deve valutare l'operato dei primari e le performance professionali. E se i sistemi di valutazione non sono allineati tra loro, si creano inevitabilmente delle fratture.

Oltre agli indicatori Lea definiti a livello centrale, ciascuna regione può definire autonomamente indicatori coerenti con le proprie politiche sanitarie, oltre ovviamente al pareggio di bilancio. A

oggi, manca un sistema di valutazione univoco su tutto il territorio nazionale che possa realmente fotografare la qualità dell'assistenza nel nostro paese.

In ogni caso, anche se da quest'anno partirà un nuovo sistema di monitoraggio, il Nuovo sistema di garanzia, la battaglia tra governo e regioni continua, perché le regioni vogliono modularlo a modo loro e il governo non sembra avere la forza sufficiente per imporsi. A tal proposito la Fondazione Gimbe è impegnata in un'attività di *advocacy* istituzionale, affinché la «pagella» con cui le regioni devono essere valutate possa essere negli anni modificata in maniera dinamica.

In questo quadro, non sorprende che durante la pandemia si sia verificato un ulteriore corto circuito costituzionale. L'articolo 120 della nostra Carta autorizza il governo, di fronte a situazioni che mettono a rischio la sicurezza o l'incolumità nazionale, ad avocare a sé i poteri sostitutivi. E, relativamente alla profilassi internazionale rispetto alle pandemie, il punto q dell'articolo 117 affida allo Stato la legislazione esclusiva in materia. Ma, a causa della necessità di preservare gli equilibri politici, ciò non è avvenuto, con la conseguenza che ora alcune questioni, come la mancata creazione della zona rossa ad Alzano e Nembro, sono finite in tribunale.

Tutti questi scontri – che nei nostri monitoraggi indipendenti registriamo ormai da una decina d'anni, e che la pandemia ha ulteriormente acuito – non dipendono solo dalla spinta autonomista delle regioni, su cui si va a innestare la questione del regionalismo differenziato, ma anche dall'assenza di un'adeguata modalità di indirizzo e verifica da parte dello Stato. Per questo risulta sterile la polemica sanità centralista vs sanità regionalista: il punto è che lo Stato deve potenziare le sue funzioni di indirizzo e verifica.

Nel caso specifico dell'epidemia in corso, ad esempio, sono le regioni a decidere le modalità organizzative e operative con cui effettuare test e tamponi, mentre stabilire quanti tamponi realizzare per 100 mila abitanti dovrebbe rientrare nella linea di indirizzo nazionale. Il problema, insomma, è definire gli standard di tipo organizzativo, operativo, professionale, cioè tutti gli obiettivi da raggiungere, e poi mettere in piedi un sistema di monitoraggio adeguato e trasparente.

Se questa attività di indirizzo e di verifica dello Stato è debole o addirittura assente, ci troveremo inevitabilmente di fronte a una sanità a tutti gli effetti federalista. Paradossalmente oggi in campo sanitario viviamo una situazione analoga a quella degli Stati Uniti, come se l'Italia fosse uno Stato federale: non a caso i presidenti

delle regioni amano definirsi governatori, allineando il loro ruolo a quello dei governatori degli Stati dell'Alabama o del Massachusetts o del Minnesota. È questa deriva regionalista che ha messo in crisi la legislazione concorrente.

Ma io non mi trovo d'accordo neppure con chi ritiene che sia stata la modifica costituzionale del 2001 a provocare la frammentazione del Servizio sanitario nazionale in 21 sistemi diversi. Dal punto di vista strategico, il decentramento del potere è stata una scelta corretta, il problema sta nella sua applicazione, nel cattivo uso che si è fatto del regionalismo. Il risultato è stato che le regioni che avevano una buona politica hanno fatto una buona sanità e le regioni che avevano una malapolitica hanno fatto una malas sanità: sprechi, ruberie, servizi sanitari inadeguati.

Pertanto, il potenziamento dell'attività di indirizzo e verifica da parte dello Stato dovrebbe essere il primo pilastro di un nuovo sistema sanitario, senza alcuna necessità di procedere a una modifica costituzionale.

In questo periodo si è parlato moltissimo di rideclinare il rapporto tra il territorio e gli ospedali e di puntare sulla medicina del territorio. Che cosa ne pensa? Potrebbe essere il secondo pilastro di questo nuovo sistema sanitario?

Quella dell'integrazione ospedale-territorio è un'altra grande questione.

Il primo problema a riguardo è che nel nostro paese c'è una cultura prevalentemente ospedalocentrica: si va in ospedale sia per problemi seri ma non acuti, che dovrebbero essere risolti sul territorio, sia per disturbi banali che potrebbero tranquillamente essere gestiti dai medici di famiglia, con conseguente sovraffollamento del pronto soccorso.

Il secondo problema è che il territorio è stato identificato per troppo tempo solo con la medicina generale. In realtà, nel concetto inglese di *primary care*, che in italiano si può tradurre con «cure primarie», rientrano tantissimi servizi, di cui la medicina generale e i pediatri di libera scelta costituiscono solo una parte, accanto ai servizi di prevenzione, agli ospedali di comunità, alle case della salute, ai servizi di riabilitazione.

Guardando all'evoluzione dell'Ssn, la sfida è quella di pensare non a due «silos» non comunicanti – l'ospedale e il territorio – ma a un unico sistema, differenziato in base al concetto di intensità di cura: se il paziente presenta un certo livello di gravità andrà in

ospedale, se presenta un livello di gravità intermedio potrà essere assistito in strutture territoriali adeguate. In presenza di un'assistenza domiciliare funzionante o di un buon sistema di cure intermedie (posti letto negli ospedali di comunità gestiti prevalentemente da infermieri), si liberano posti in ospedale, si spende di meno e si migliora anche la qualità di vita del paziente.

Il servizio sanitario del futuro deve essere fluido dal punto di vista organizzativo, senza barriere professionali, strutturali o sindacali: il paziente dovrà potersi spostare da un *setting* all'altro in relazione a quelli che sono i suoi bisogni di salute così come si dovranno spostare anche i professionisti.

Le équipes dell'assistenza domiciliare, ad esempio, sono formate dal medico di famiglia, dall'infermiere e dallo specialista di settore: un cardiologo, un diabetologo, un nefrologo, eccetera. Tuttavia spesso capita che lo specialista ospedaliero abbia problemi a garantire l'assistenza domiciliare a un paziente che ha seguito in ospedale, se questi è stato preso in carico dalla Asl. Dunque, oltre a una frammentazione di tipo strutturale, esistono anche problematiche di tipo sindacale.

Servirebbe allora un contratto unico per i medici dell'Ssn, indipendentemente da quale sia il loro posto di lavoro, così da superare ogni barriera tra professionisti sanitari: tra ospedalieri e universitari, tra medici dell'ospedale e medici del territorio, tra pediatri e medici di medicina generale, tra specialisti e generalisti. In questa nuova sanità fluida, la «proprietà» del paziente da parte dell'ospedale, del territorio o del singolo professionista lascerà spazio a quelli che sono i veri bisogni di salute, al di fuori di lacci normativi, organizzativi, burocratici e di altra natura.

A livello di strutture, invece, il problema principale è dato dalla modalità di organizzazione delle aziende sanitarie: da un lato le aziende ospedaliere, con una personalità giuridica propria, dall'altro le aziende territoriali a cui è affidata la gestione sia del territorio che di alcuni ospedali. L'assistenza ospedaliera, quindi, viene erogata sia da strutture con una loro univocità giuridica, le aziende ospedaliere, sia, in parte, dalle Asl. La cruciale differenza è che le aziende ospedaliere vengono pagate a prestazione, cioè più ricoveri fanno più rimborsi ricevono dalla regione, mentre le Asl sono pagate a quota capitaria, cioè in funzione della popolazione residente pesata per età, e con questi fondi devono gestire l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Allora, laddove esistono contratti di fornitura tra Asl e aziende ospedaliere, si va a calmierare la tendenza spesso eccessiva degli

ospedali a erogare prestazioni anche inutili o dall'inadeguato profilo rischio-beneficio, ma dove questo viene a mancare le aziende ospedaliere tendono a massimizzare la produzione mentre le aziende territoriali sono costrette a lavorare con il bilancino perché non possono permettersi di finire in perdita.

Prendiamo un paziente con peggioramento di uno scompenso cardiaco. Se un'azienda ospedaliera ha un posto vuoto, anche se il paziente ha sintomi relativamente lievi e quindi potrebbe essere gestito sul territorio, tenderà comunque a ricoverarlo, in quanto da ciò deriva un introito. Se invece il paziente si rivolge all'azienda territoriale, questa, dovendo mantenere i posti letto per i soggetti più gravi, lo farà assistere dall'équipe dell'assistenza domiciliare. E questo è solo un esempio delle storture di tipo strutturale, organizzativo e professionale legate alla limitata integrazione ospedale-territorio.

Forse perché il sistema, che dovrebbe essere disegnato a partire dai bisogni, è invece disegnato a partire dalle risorse disponibili in termini di macchinari, medici, infermieri...

Il sistema è tarato per rispondere non ai bisogni di salute ma a un equilibrio domanda-offerta. E, dal momento che la domanda viene spesso stimolata dall'offerta, la popolazione tende a medicalizzarsi, esprimendo una maggiore domanda di salute anche senza averne realmente bisogno. All'inverso ci sono bisogni di salute che rimangono insoddisfatti o perché poco redditizi dal punto di vista squisitamente sanitario o perché i servizi risultano insufficienti. Un esempio è dato dagli hospice, le strutture per pazienti oncologici con prognosi inferiore ai cento giorni, ovvero i malati terminali: tra le regioni esistono differenze enormi rispetto al numero di strutture di questo tipo, come pure riguardo all'assistenza domiciliare e alle strutture residenziali o semiresidenziali per anziani.

Rispetto a 20-25 anni fa, quando prevaleva il modello paternalistico del medico, il quale influenzava sostanzialmente le scelte del paziente, oggi i cittadini-pazienti sono diventati sempre più indipendenti nella ricerca di informazioni riguardo alla propria salute, soprattutto dopo l'avvento di internet. Un fenomeno che non è ovviamente passato inosservato a chi aveva interesse a espandere mercati in ambito sanitario.

L'idea che si è imposta è che più esami di laboratorio e strumentali si eseguiranno (i famosi check-up), più si garantirà il proprio stato di salute. In realtà la letteratura medica dice tutto il contrario: quando un soggetto sano esegue troppi esami, cioè al di là di

quelli periodici raccomandati dalle linee guida internazionali, potrebbe incappare, a causa della non perfetta sensibilità e specificità dei test diagnostici, in risultati falsamente positivi che poi innescano un ulteriore circolo vizioso di approfondimenti diagnostici, di trattamenti inutili e anche dannosi. Quindi l'eccesso di test diagnostici non solo non migliora lo stato di salute, ma può addirittura peggiorarlo, avviando la girandola che qualcuno ha chiamato «sindrome di Ulisse»: il continuo peregrinare fra vari specialisti e ospedali alla ricerca di una risposta a un dato di laboratorio o di un *imaging* strumentale che però non ha alcun significato clinico ed è semplicemente frutto di una tecnologia diagnostica molto avanzata.

C'è anche da considerare che questi check-up sono strettamente collegati al filone della cosiddetta sanità integrativa, quella del welfare aziendale legato ai contratti collettivi di lavoro, per cui ogni anno si ha a disposizione un certo numero di prestazioni erogate prevalentemente da strutture private convenzionate con la compagnia assicurativa che gestisce il fondo sanitario. E questo, anche a causa della defiscalizzazione dei fondi sanitari, comporta un'importante sottrazione di risorse pubbliche, con l'effetto di alimentare ulteriormente il consumismo sanitario. Si tratta di un sistema liberista nell'erogazione delle prestazioni che non sta facendo bene all'Ssn e che ha reso la popolazione estremamente medicalizzata.

Un eccesso di medicalizzazione da un lato e una carenza di prevenzione dall'altro...

Alla prevenzione è destinato il 5-6 per cento del totale della spesa sanitaria nazionale, che quest'anno si aggira intorno ai 115-116 miliardi di euro. La parte restante è divisa quasi in pari misura tra ospedale e territorio, con una leggera prevalenza di quest'ultimo. Se la prevenzione è uno dei tre grandi pilastri dei livelli essenziali di assistenza, in realtà a essere finanziata è però solo la cosiddetta prevenzione medicalizzata: gli screening oncologici, le vaccinazioni, la prevenzione sui luoghi di lavoro. Mentre praticamente nulla viene destinato alla prevenzione primaria: vale a dire la sensibilizzazione in materia di stili di vita, attività fisica, disassuefazione dal fumo, ovvero tutti quegli interventi che servono a prevenire le patologie. Basti pensare alla prevalenza in tutto il Sud Italia di adolescenti obesi con un basso livello di attività fisica: un fenomeno che si tradurrà fra 10-20 anni in un forte aumento di patologie cardiovascolari e metaboliche.

Della prevenzione primaria dovrebbero occuparsi i medici di famiglia, ma di fatto ciò non avviene, un po' per ragioni contrattuali, un po' perché manca il supporto istituzionale, un po' perché la prevenzione primaria fa parte della cultura di un paese, dai programmi televisivi alla pubblicità trasmessa in certi orari, fino agli incentivi per la costruzione di parchi, l'acquisto di biciclette o l'attività fisica nelle palestre. Insomma, tutto quello che rientra nella prevenzione primaria non riguarda solo l'Ssn ma anche altre scelte strategiche del paese, purtroppo fortemente mortificate negli ultimi anni, così come la scuola, dal momento che una parte importante di prevenzione primaria comincia già in età scolare. Cioè fa parte di un quadro molto più ampio relativo al principio che l'Organizzazione mondiale della sanità definisce *health in all policy*, secondo cui la salute riguarda non solo le politiche sanitarie, ma anche quelle industriali, aziendali, fiscali, che devono porre al centro, come obiettivo fondamentale, la salute delle persone. Del resto, quando le persone stanno bene, il pil aumenta e questo è un dato che tutti i paesi industrializzati che hanno investito massicciamente nella sanità conoscono molto bene. Mentre in Italia si è fatto un po' il passo del gambero.

1
2

Eppure è evidente che i benefici della prevenzione sono enormi e che il valore degli interventi preventivi è molto più elevato rispetto a quelli diagnostici e terapeutici: per ogni euro speso in prevenzione, il ritorno in termini di salute è molto maggiore che per la diagnosi e per la terapia. Il problema, però, è che la prevenzione paga nel medio e nel lungo periodo, in tempi molto più lunghi rispetto a quelli delle scadenze elettorali e delle poltrone delle aziende sanitarie, mentre la terapia e la diagnostica pagano subito, traducendosi in elementi di consenso immediati. Ma chi non investe in prevenzione, soprattutto in un paese che sta diventando sempre più anziano, avrà bisogno in futuro di molti più soldi di quelli che oggi sono stati messi sul piatto.

Un altro nodo fondamentale è quello del rapporto tra pubblico e privato. Per limitarci a un solo esempio, non sarebbe il caso di proibire ai medici del Servizio sanitario nazionale di svolgere la professione privatamente? Non c'è un conflitto di interessi?

Il nodo fondamentale del rapporto pubblico-privato va indagato su tre piani: quello delle strutture, quello professionale e quello del finanziamento.

Dal punto di vista delle strutture, in Italia ne abbiamo di pubbliche e di private. Queste ultime si suddividono in due categorie:

quelle private accreditate con il Servizio sanitario nazionale, che di fatto vengono finanziate con soldi pubblici e quindi, da questo punto di vista, sono equiparate alle strutture pubbliche; e il privato puro, pagato direttamente dal cittadino con denaro proprio.

Le strutture private accreditate possono esserlo in toto, nel senso che tutte le prestazioni e tutti i servizi sono accreditati con l'Ssn, o possono essere miste, con alcuni servizi accreditati e altri no.

Il problema qual è? Che il privato accreditato dovrebbe – uso il condizionale – andare a coprire quelli che sono i «buchi» del pubblico, e non indebolirlo per espandere le proprie attività. Perché è evidente che le strutture private, e parlo di quelle accreditate, nel loro bilancio complessivo hanno una quota di utili che verrà ridistribuita agli azionisti, ai soci, agli imprenditori, mentre il servizio pubblico, per definizione, deve chiudere a bilancio zero. Allora, il privato può sicuramente offrire una marcia in più al pubblico, ma solo nella misura in cui non lo indebolisce, e soprattutto fino a quando, anche nelle politiche regionali sanitarie, è il sistema pubblico a dettare le regole.

Dal punto di vista professionale, la ministra Bindi nel 1998 aveva provato a introdurre il rapporto di esclusività, vincolando l'avanzamento di carriera in una struttura pubblica a un rapporto in esclusiva. Ma le polemiche scatenate dal mondo medico hanno avuto la meglio. Il problema però continua a porsi. Che il medico possa esercitare attività libero-professionale fa parte delle leggi del mercato, ed è giusto che il paziente abbia la libertà di scegliere il proprio medico curante. Ma se il medico si sposta con modalità più o meno opportunistiche dalla struttura pubblica – dove il suo ruolo istituzionale rappresenta una leva anche in termini di acquisizione di pazienti – alle strutture private, siano esse accreditate o meno, ciò crea commistioni che evidentemente finiscono per determinare un cortocircuito.

A questo si aggiunge poi la questione del finanziamento: se esistono fondi integrativi mediati dalle assicurazioni che, attraverso le strutture private, finanziano una serie di servizi e prestazioni per i quali anche il medico che lavora nella struttura pubblica presta parte del suo tempo, il cortocircuito diventa ancora più evidente. È una questione che deve essere portata, come la Fondazione Gimbe ha fatto, all'attenzione del mondo politico, cui spetta il compito di regolamentare l'integrazione tra pubblico e privato in termini di strutture e di attività libero-professionale dei medici, oltre a quello di attuare la riforma della sanità integrativa. Perché sono questi elementi di commistione, al di là di quale sia la quali-

tà dell'offerta del servizio percepita dalla popolazione, a erodere complessivamente il servizio sanitario pubblico.

In breve, dalle vostre osservazioni, che conclusioni possiamo trarre sulla qualità del servizio offerto nel nostro paese? È molto differente da regione a regione?

Rispetto alla dimensione della qualità dell'assistenza, si rilevano notevoli difformità tra le buone performance del Nord, quelle intermedie del Centro e quelle basse del Sud, ad eccezione della Basilicata, regione che rappresenta un'oasi felice. Entrando nel merito dei singoli indicatori, le differenze risultano ancora maggiori: non soltanto interregionali, ma anche intraregionali, in particolare riguardo alla qualità dell'assistenza dell'area metropolitana rispetto alle aree rurali e dei grandi centri rispetto ai piccoli centri.

Ciò è legato anche alla questione degli investimenti, rispetto a cui la priorità dovrebbe essere quella di un grande sistema informativo nazionale pubblico, accessibile a tutti e trasparente, tale da permettere, sulla base di indicatori certificati e qualificati a livello internazionale, di monitorare in maniera costante la qualità dell'assistenza. Perché quel che emerge dai nostri studi indipendenti è la presenza di grandi differenze non soltanto negli esiti di salute, ma anche nella trasparenza delle modalità con cui le regioni trasmettono i propri dati sulla qualità dell'assistenza. Una carenza inaccettabile nell'era dei *big data*, soprattutto in un momento in cui non si fa che parlare di digitalizzazione dell'Ssn.

Il nodo cruciale, però, è quello della necessità di considerare il dato come una proprietà pubblica. Al netto delle problematiche sulla privacy, dunque relative alla tutela dei dati sensibili, gli indicatori della sanità devono essere pubblici, accessibili in database aperti, perché altrimenti ciascun attore tenderà a modularli a seconda di ciò che vuol far vedere all'esterno. E questo è un limite che non possiamo permetterci in un comparto per il quale spendiamo 120 miliardi di euro l'anno.

Abbiamo parlato di sanità fluida, di prevenzione in materia di stili di vita, di legislazione concorrente con un rafforzamento dei poteri di indirizzo e di verifica da parte dello Stato, del rapporto pubblico-privato: a tutto ciò che cosa manca ancora per un nuovo e migliore Servizio sanitario nazionale?

Un altro grande problema è la contraddizione tra la finanza pubblica e la produzione del consenso: a fronte dell'entità del finanzia-

mento pubblico, il «paniere» dei Lea risulta infatti troppo pieno. La politica cioè cerca di mettere tutto o quasi tutto sulla carta a carico dell'Ssn, senza poi garantire stanziamenti adeguati: delle due l'una, o si rilancia in maniera consistente e stabile il finanziamento, rendendolo proporzionale ai Lea richiesti, oppure si riduce il perimetro dei Lea, perché altrimenti le regioni non riuscirebbero a erogare in maniera uniforme l'assistenza a tutta la popolazione.

In realtà sarebbe necessario sia investire risorse sia svuotare il paniere liberandolo dalle prestazioni inutili. Il rilancio del servizio pubblico mira prevalentemente a potenziare un capitale umano fortemente depauperato, mentre la rimodulazione del paniere serve a eliminare una serie di prestazioni di cui possiamo fare a meno. Un esempio molto concreto: se un paziente ha il mal di schiena, presto tenderà a richiedere una risonanza magnetica. La letteratura dice che, in presenza di segni di allarme, per esempio di deficit neurologici, è importante eseguirla subito, per evitare il ricorso alla neurochirurgia. È ovvio che in questo caso l'esame deve essere a carico dell'Ssn. Se invece non esistono segni di allarme, bisogna aspettare 4-6 settimane, che è l'arco di tempo in cui il dolore dovrebbe passare. Prima di quel termine, se ci si vuole sottoporre a una risonanza magnetica, è giusto pagarsela per conto proprio. Se poi dopo sei settimane il dolore persiste, l'esame sarà invece a carico dell'Ssn.

In questo caso, la prestazione resta valida, è la modalità di applicazione che cambia. Quindi se da un lato servono più soldi da destinare al personale, alle apparecchiature, alle strutture, molto può essere fatto per lo sfolgimento delle prestazioni sanitarie.

Infine c'è il capitolo degli sprechi, su cui la Fondazione Gimbe lavora da anni chiedendo che i parametri che li riguardano rientrino nel monitoraggio delle regioni da parte dello Stato. Gli sprechi sono tanti e difficilmente quantificabili, ma si stima che si aggirino intorno al 18 per cento dell'intera spesa sanitaria, dunque intorno ai 20 miliardi di euro. E tra gli sprechi non ci sono solo ruberie, frodi, acquisti a costi eccessivi, ma anche, come si diceva, l'eccesso di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. A questo si devono poi aggiungere le conseguenze delle prestazioni che non vengono erogate, a partire dal sottoutilizzo degli interventi preventivi. È chiaro infatti che, se non si eseguono gli screening oncologici o le vaccinazioni, ci si ritrova poi con un carico terapeutico più pesante. Ci sono poi tutti gli sprechi legati alla mancata integrazione ospedale-territorio, di cui abbiamo parlato, che costringe i pazienti a un continuo pellegrinaggio tra varie strutture.

E da ultimo ma non meno importante, c'è lo spreco relativo alle cosiddette complessità burocratico-amministrative conseguente alla limitata digitalizzazione.

C'è speranza che in effetti da questa pandemia impareremo qualcosa o tutto tornerà come prima?

Siamo a un punto di non ritorno. Quella offerta dalla pandemia è davvero l'occasione per rilanciare l'Ssn grazie a un impianto costituzionale e normativo come il nostro che mette la salute al centro dei beni pubblici che appartengono al popolo italiano e per farlo occorrono innovazioni di rottura: un finanziamento importante, un contratto unico per il personale, l'abbattimento delle barriere tra le aziende sanitarie, la regolamentazione del rapporto pubblico-privato, la riduzione degli sprechi.

Non serve metterci qualche miliardo in più se non si interviene sulle modalità di investimento, organizzazione, incentivazione, monitoraggio, informatizzazione. Un'operazione di *maquillage* può servire giusto come forma di promozione politica e mediatica per la ricerca del consenso, ma nel medio e nel lungo periodo non porterà a nulla. La politica deve avere il coraggio di stringere un patto transgenerazionale, transpartitico, transregionale al fine di potenziare l'Ssn pensando, come diceva James Freeman Clarke, non alle prossime elezioni, ma alle prossime generazioni. E questo è tanto più necessario nel campo della sanità pubblica, dal momento che consegnare alle prossime generazioni una sanità che rischia di evolvere verso un sistema privatistico come quello degli Stati Uniti significherebbe abbattere la più grande opera pubblica mai costruita in Italia, che ci è stata invidiata da tutti i paesi del mondo: un sistema sanitario basato sui principi di uguaglianza, solidarietà e universalismo.