ISSN 0391-223X

273
gennaio-marzo 2019

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/1100

la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Dossier

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Solo un cambio di paradigma lo salverà

CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Abbonamento (4 fascicoli)
Italia
Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120
Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70
Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero
cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140
Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258
Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA
codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI
rivistecespes@gmail.com
tel.: 075.585.7357
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

In copertina: Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

Sommario

n° 273, 2019

2 NOTIZIARIO

4 EDITORIALE
Dall'audit civico alla citizen science: i cittadini competenti partecipano al servizio sanitario
Giancarlo Pocetta

5 DOSSIER
Servizio sanitario nazionale. Solo un cambio di paradigma lo salverà

6 DA: SISTEMA SALUTE LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE
SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà
Gavino Maciocco

11 Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte I* **1978. Formidabile - e tragico - quell'anno!**
Marco Geddes da Filicaia

14 Come eravamo: qualche sintetico dato
Marco Geddes da Filicaia

15 Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte II* **La regionalizzazione del Servizio sanitario**
Marco Geddes da Filicaia

18 Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte III* **La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale: come passare dal senso comune al buon senso**
Marco Geddes da Filicaia

23 DAL CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" PERUGIA, 13 DICEMBRE 2018
Tributo ad Alessandro Seppilli
Massimo Moretti

24 Tributo ad Alessandro Seppilli
Maria Antonia Modolo, Alberto Antognelli

25 Un maestro di concrete utopie
Lamberto Briziarelli

26 Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria *Parte I*
Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti

30 Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria *Parte II* **Lotta continua per una riforma sostenibile**
Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti

33 Un'analisi di 40 anni di sanità pubblica italiana in un'ottica sociologica
Roberto Segatori

35 I cambiamenti ospedalieri nel Sistema Sanitario Nazionale dalla legge 833 del 1978 ad oggi
Silvio Pasqui, Giuseppe Vallesi, Gioia Calagreti, Francesco Di Macio

37 Da Unità Locale Socio-sanitaria ad Azienda: punti chiave delle trasformazioni della Legge 833/78
Pietro Manzi

41 Funzionamento del S.S.N. nell'attuale contesto epidemiologico
Fabrizio Stracci

44 Il contributo dell'oncologia al S.S.N.
Maurizio Tonato

DA: SALUTE INTERNAZIONALE.INFO

46 La povertà come scelta politica
Giacomo Galletti

49 La Sanità nella Legge di Bilancio 2019. Le luci e le ombre
Nerina Dirindin

52 O salute in tutte le politiche, o nulla
Giacomo Galletti

55 Come migliorare (davvero) l'assistenza sanitaria
Gavino Maciocco

58 Il modello sindemico
Giampaolo Collecchia

62 Il medico che ti salva la vita
Gavino Maciocco

65 Sanità di iniziativa in Toscana
Lorenzo Roti, Sandra Gostinicchi, Irene Bellini

68 L'uso ottimale delle risorse. Una questione etica
Chiara Bertoncello, Alessandra Buja

71 Promozione della Salute in Emilia-Romagna
La Legge Regionale n. 19 del 5 dicembre 2018
Paolo Pandolfi, Pasquale Ciccarelli, Gerardo Astorino, Maurizio Liberti

LA SALUTE UMANA, *Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.*
EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia
DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.
COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu
SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]
GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl
Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978
Per gentile concessione del "Comité française d'education pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.
Abbonamento annuale Italia 2019 - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00
Abbonamento annuale Estero 2019 - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00
TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)
PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258
Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

28ª Summer School 2019
Girona 14 luglio- 28 luglio 2019
Implementare gli obiettivi di sviluppo sostenibile per una *governance* locale sana

La 28ª Summer School residenziale si terrà a Girona, in Spagna. Il tema sarà "Implementare gli obiettivi di sviluppo sostenibile per una sana governance locale".

Il corso si baserà su elementi sia teorici che pratici di promozione della salute, con un'enfasi sull'apprendimento degli adulti e sull'interazione dei partecipanti. Ciò comprenderà visite sul campo a programmi locali esemplari e opportunità per condividere conoscenze ed esperienze con colleghi internazionali coinvolti nella promozione della salute nel suo senso più ampio.
I partecipanti avranno l'opportunità di sviluppare approfondimenti sui contesti socioculturali e politici di altri sistemi sanitari. Questo sarà facilitato attraverso una breve "presentazione del paese" all'inizio del corso fornita da ogni partecipante. I partecipanti si impegneranno inoltre nello sviluppo di un progetto "dal vivo", inclusa la fase di ricerca, come parte di un gruppo di lavoro internazionale multidisciplinare.
La 28ª Summer School garantirà un'esperienza unica che ti orienterà nel promuovere la salute e il benessere nei tuoi contesti. Un ulteriore vantaggio sarà la presenza di professori e tutor appartenenti alle reti internazionali.

I partecipanti
Il campo della promozione della salute è vario e, come tale, parteciperanno partecipanti provenienti da una vasta gamma di settori della salute, della sanità pubblica, delle amministrazioni locali, delle ONG e della sanità, comprese persone provenienti da settori quali pianificazione urbana, università, lavoro sociale, ricerca, gestione, pratica e politica. La lingua di lavoro del corso è l'inglese.

Nota: il numero di partecipanti è limitato !

IMPLEMENTING SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs) FOR HEALTHY LOCAL GOVERNANCE

1st WEEK	Sunday July 14th	Monday July 15th	Tuesday July 16th	Wednesday July 17th	Thursday July 18th	Friday July 19th
Theme	Arrival and Accommodation	**CONCHA COLOMER SYMPOSIUM**	**Salutogenesis & Implementation**	**Ecological Determinants and Ethics**	**Sustainable integration**	**Field visit**
9:00 - 10:30			**Implementing the salutogenic approach to SDGs: from practice to theory** B. Lindstrom (FI) P. Batlle (SP) D. Juvinyà (SP)	**Country profiles**	**Country profiles**	**FIELD VISIT**
10:30 - 11:00			Coffee break	Coffee break	Coffee break	
11:00 - 13:00			**Participatory design of SDGs: from Vision to Action** P. Contu (IT) M. Wrzesińska (PL)	**Greening healthy settings: towards ethics for sustainable development** L. Vaandrager (NL) C. Alvarez-Dardet (SP)	**How to make the workplace a setting for sustainable integration** G. Massanoti (I) A. Ghaddar (LB) S. Oyeniye (N)	
13:00 - 14:30		**Lunch**	**Lunch**	**Lunch**	**Lunch**	**Lunch**
14:30 - 17:30		**14:30-17:30** **Team Building** G. Boonekamp (NL) M. Wrzesińska (PL)	**Group work**	**Group work**	**Group work** **16:00 First presentation of the project**	**FIELD VISIT**
20:00	Informal gathering	**Potluck dinner**				

Tutors: Carlos Alvarez-Dardet, Anna Bonmatí, Gwendolijn Boonekamp, Paolo Contu, Ali Ghaddar, Arnd Hofmeister, Dolors Juvinyà, Bengt Lindstrom, Giuseppe Massanoti, Samuel Oyeniye, Lenneke Vaandrager, Magda Wrzesińska

etcsummerschool.wordpress.com

Supported by:

IMPLEMENTING SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs) FOR HEALTHY LOCAL GOVERNANCE

2nd WEEK	Monday July 22th	Tuesday July 23th	Wednesday July 24th	Thursday July 25th	Friday July 26th
Theme	**Politics and Intersectionality**	**Tools and Evaluation**	**Healthy Universities & Crossing Boundaries**	**Projects**	**Certification**
9:00 - 10:30	**Evaluation of 1st week** G. Masanotti (IT) L. Vaandrager (NL) **Sustainable development in politics: complexity in times of populism** A. Hofmeister (DE) G. Boonekamp (NL)	**Sharing implementation tools, methodologies and theories** (Moderator: S. Oyeniyi)	**Implementing SDG's in the university setting** G. Boonekamp (NL) M. Wrzesińska (PL)	**Project preparation**	**Final Project Presentations**
10:30 - 11:00	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
11:00 - 13:00	**Intersectionality in Health Promotion: SIM** A. Hofmeister (DE) G. Boonekamp (NL)	**Evaluation for action: Mobilising Indicators** P. Contu (IT) L. Vaandrager (NL)	**Crossing boundaries for innovation** ETC-Team	**Project Preparation** Submission time for projects 13.00h	**Final Project Presentations** **Photovoice** S. Oyeniyi (N) **Certification Ceremony**
13:00 - 14:30	**Lunch**	**Lunch**	**Lunch**	**Lunch**	**FAREWELL LUNCH PARTY**
14:30 - 17:30	**Group Work**	**Group Work**	**Group Work**	**Preparation of project presentation**	**FREE AFTERNOON**

Il primo articolo della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (833/78) definendo le competenze degli organi preposti dice: "L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali garantendo la partecipazione dei cittadini". Questo riguarda sia il singolo cittadino che per le forme associative di volontariato: "Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge".

Il tema della partecipazione è uno dei "principi" del SSN tant'è che è ribadito nel testo ben undici volte: la sicurezza sul lavoro, la programmazione regionale (art. 11), la programmazione e attuazione delle attività delle USL attraverso i Comuni (art. 13) e attraverso i Consigli Circoscrizionali (art. 15), l'autonomia tecnico funzionale delle USL mediante la partecipazione degli operatori (art. 15), gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori tramite la partecipazione di chi vi è coinvolto (art. 33), la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria (art. 48), la partecipazione degli assistiti alla contribuzione (art. 58). Su tutto sta l'obiettivo assegnato al SSN: "la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità" (art. 2).

Cosa è rimasto? Si può essere più o meno soddisfatti di come il SSN abbia ottemperato finora al principio della partecipazione, certo è che esso rimane uno dei temi che meno attraversano le discussioni "alte" in questi mesi di celebrazione del quarantennale.

Nel 2007 il direttore regionale dell'OMS del Pacifico occidentale Shigeru Omi dichiarò che: "in un mondo in cui i sistemi sanitari sono sempre più orientati al fornitore, burocratici, frammentati e alienanti, dobbiamo orientare i nostri sforzi verso l'assistenza sanitaria centrata sulla persona, cioè un sistema in cui individui famiglie e comunità sono servite da e sono in grado di partecipare con fiducia a sistemi sanitari che rispondono ai loro bisogni in modo olistico e umano". L'assistenza sanitaria centrata sulla persona è un punto di riferimento per le politiche della regione europea per il 2020.

In questo clima di celebrazione, meritano evidenza due temi che il SSN può contribuire ad aprire per favorire una partecipazione dei cittadini non meramente informativa o consultiva. Parliamo di Audit Civico e di *Citizen Science*.

Fare Audit Civico significa costruire situazioni promosse dalle organizzazioni civiche in cui i cittadini analizzano criticamente e valutano la qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere (1). L'Audit Civico non è un tema nuovo tant'è che è stato adottato da 175 aziende sanitarie, da otto Regioni e dal Ministero della salute. Le applicazioni realizzate confermano che la metodologia promuove processi di miglioramento, permette analisi comparate e apre spazi di collaborazione fra cittadini e istituzioni.

A proposito di Citizen Science, invece, una definizione è la seguente: "il coinvolgimento dei cittadini nella ricerca scientifica alla quale essi contribuiscono o attraverso il loro sforzo intellettuale e di conoscenza o attraverso le risorse e gli strumenti a loro disposizione"(2). Più facile a dirsi che a farsi, "una ragione di questo sta nella complessità del contesto nel quale le politiche per la salute si realizzano che fa sì che queste politiche possano apparire slegate dalle prospettive dei cittadini"(3) e un'altra questione, centrale nella Citizen Science, è la seguente: c'è un posto per i cittadini per contribuire alla produzione di una ricerca scientifica sulla salute e che renda più inclusive le politiche per la salute a loro dirette? Tema enorme, che, a sua volta, pone altre domande sfidanti al nostro SSN. A quali interessi dei cittadini può corrispondere il loro coinvolgimento nella ricerca scientifica? Quale rappresentatività potrebbero avere uno o più gruppi di cittadini coinvolti rispetto alla generalità dei bisogni oggetto della ricerca? Quali competenze dovrebbero mettere in campo i cittadini? Ed infine, la partecipazione dei cittadini alla ricerca è realmente in grado di sviluppare empowerment?

Audit Civico e Citizen Scienze si presentano dunque come due approcci coerenti e congrui con il livello di complessità delle politiche per la salute e delle corrispondenti azioni del SSN che celebriamo nei suoi primi quarant'anni. Utili quindi allo sviluppo di quella partecipazione come principio di riferimento del nostro SSN. Ma ad una condizione, che siano esplicitamente orientati all'empowerment dei cittadini.

Ma noi, che cittadini dobbiamo essere? Quali competenze dobbiamo possedere? È urgente nell'era di Internet e della comunicazione planetaria e "social" porsi e cercare risposte a queste domande come presupposto ad una partecipazione vera. Prima possibile.

1 L'Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva. Alessio Terzi, Angelo Tanese, Alessandro Lamanna

2 Socientize Consortium. (2013) Green paper on citizen science Citizen Science for Europe. Towards a better society of empowered citizens and enhanced research. Brussels.

3 L. Den Broeder (et al), Citizen Science for public health, Health Promotion International, 2018;33:505–514.

Dall'audit civico alla citizen science: i cittadini competenti partecipano al servizio sanitario

Giancarlo Pocetta

Servizio Sanitario Nazionale. Solo un cambio di paradigma lo salverà

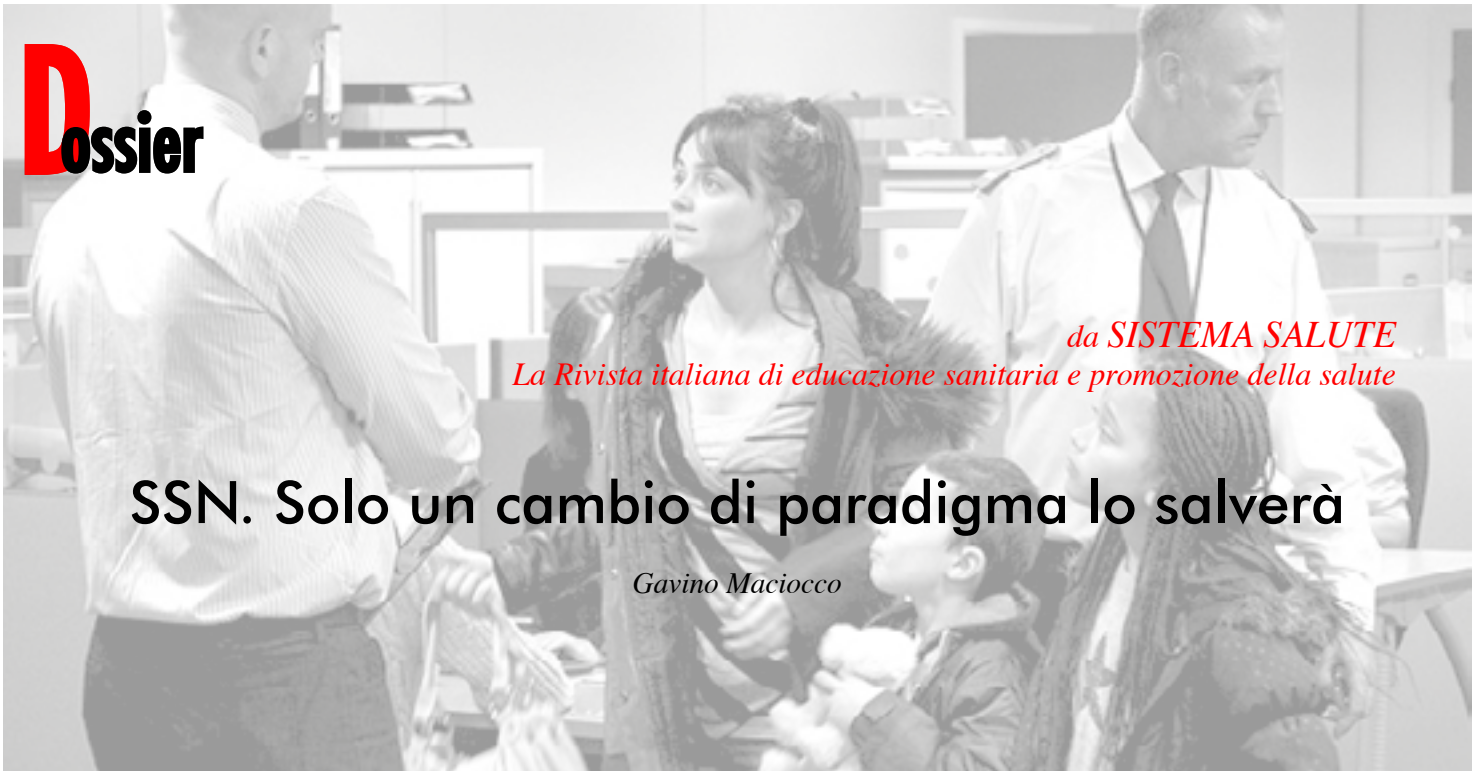
Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

A quaranta anni dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale si impone non tanto una celebrazione degli indiscutibili principi che ne sono alla base - solidarietà, universalità e equità - purtroppo oggi, "concetti a rischio" per il difficile momento di vita del Paese, ma una profonda analisi e riflessione, per dare evidenza alla sua sostenibilità, individuare criticità e proporre nuovi paradigmi per l'azione.

Compongono il *Dossier* i contributi scientifici di Geddes da Filicaia e Maciocco estratti da *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* e interventi al Convegno sul tema organizzato da *SItI Umbria*, tenutosi a Perugia il 13 dicembre dello scorso anno, che ricorda, tra l'altro, il ruolo della Scuola di Igiene di Perugia guidata da Alessandro Seppilli, uno dei padri della Riforma Sanitaria.

Accanto a ciò un forte e vivace apporto al dibattito sulla attuale delicata fase della nostra Sanità - e non solo - è garantito dalla collaborazione, concessa dall'amico Gavino Maciocco attraverso articoli estratti da *saluteinternazionale.info*: contributi che ampliano l'orizzonte del dibattito a problemi etici, alla questione impellente delle disuguaglianze sociali in salute, ai più attuali dettati normativi, ad esperienze di nuove strategie organizzative ed operative nell'odierno contesto di salute-malattia.

Dossier



da SISTEMA SALUTE
La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà

Gavino Maciocco

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

40 anni orsono, il 23 dicembre 1978, il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge N. 833 che trasformava radicalmente - in senso universalistico - il sistema sanitario italiano. Oggi si parla molto di «cambiamento», ma quell'anno, il 1978, fu un tempo di autentico «cambiamento» per la sanità e la salute della popolazione italiana. Oltre alla Legge 833 nello stesso anno furono approvate la Legge 180 («legge Basaglia») e la Legge 194 (sull'interruzione volontaria di gravidanza). Tutte e tre le leggi portarono la firma di Tina Anselmi, prima donna ministro nella storia della Repubblica italiana, una figura politica straordinaria, rievocata così dal presidente Mattarella: "Tina Anselmi: partigiana, parlamentare, ministro di grande prestigio, ne ricordo il limpido impegno per la legalità e il bene comune".

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel capo della sanità), con un "prima" e un "dopo". Il "prima" è il periodo che parte dalla fine della seconda guerra mondiale in cui si registra l'espansione del welfare universalistico - tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei - e si afferma il principio che alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato ed quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato).

Il "dopo" prende le mosse agli inizi degli anni Ottanta, con l'elezione di leader ultra-conservatori - Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e di Ronald Reagan negli USA (1980) - e con l'affermazione del neoliberismo, i cui principali argomenti sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il welfare state - di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società - interferisce con il normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato.

Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste", perché rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di Lancet del 2001: "Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il "modello globale" di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (user fees). (…) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una

parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito."[1]

Rudolf Klein ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni Ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria[2]. Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove bio-tecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei 29 paesi più industrializzati (appartenenti all'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la spesa sanitaria mediana pro-capite era passata da 66 a 1.286$, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul PIL passava nello stesso periodo dal 3.8 al 7.2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione ("più efficienza" e "più mercato") ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

Dalle leggi di riordino del SSN all'assalto all'universalismo

Nel dicembre del 1992 - sotto il governo di Giuliano Amato - viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (Decreto legislativo 502/92, del 30.12.1992). Si tratta di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del SSN, la L. 833 del 1978. Il punto decisivo del cambiamento lo si trova all'articolo 1 della L. 502, dove si legge: "L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria".

Viene per questo radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più sulla "spesa storica" e il "piè di lista". La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende (Art. 3. 1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale). Anche qui, rispetto alla L. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale: l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (Direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario, lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

Quest'ultimo aspetto è invece legato al contesto globale, alla vittoria del neo-liberismo e all'affermazione dell'idea della salute come "commodity" e della sanità come fonte inesauribile di profitto. Proprio in quest'ottica uno dei principali leader del neo-liberismo di quel tempo, la britannica Margaret Thatcher nel 1991, varò una legge di riforma sanitaria da cui il governo Amato trasse non poche ispirazioni, tra cui quella dell'aziendalizzazione della sanità e della separazione degli ospedali dalle Asl.

Ma la novità più sconvolgente della L. 502/92 è anche quella meno nota: si trova all'articolo 9 dal titolo "Forme differenziate di assistenza", che prevedeva "l'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione".

Articolo sconvolgente dicevamo, perché prevede la possibilità dei cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale ("opting out") e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alter-

[1] M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001; 358: 833-36.

[2] R. Klein, Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, The Milbank Quarterly 1995, Vol. 73, N.3, p. 299-337.

nativo al servizio sanitario nazionale, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, e che di fatto sancisce la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la L. 833/78.
Articolo sconvolgente, ma pochissimo noto, perché (fortunatamente) non è stato mai applicato. Infatti quell'articolo fece la fine del suo artefice, il Ministro della sanità del governo Amato, Francesco Di Lorenzo (Partito Liberale). Di Lorenzo fu spazzato via dallo scandalo di Tangentopoli, subendo una condanna definitiva (5 anni) per associazione a delinquere finalizzata al finanziamento illecito ai partiti e corruzione in relazione a tangenti per un valore complessivo di circa quattro miliardi di lire, in parte ottenute da industriali farmaceutici dal 1989 al 1992, durante il suo ministero.
Anche per questo, nell'aprile 1993 il governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Azelio Ciampi (Ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia). Il nuovo governo decise di mettere subito mano alla L. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'art. 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, N. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato a Forme integrative di assistenza sanitaria ("Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale").
L'idea del opting out in realtà non era mai stata abbandonata, pronta a essere ridestata alla prima occasione utile. Così la crisi economica ha offerto ai suoi sostenitori l'opportunità di rilanciarla in grande stile.
"La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni". Questa frase pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora Presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare "nuove" modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non stupì che intervenendo nel dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del Corriere della Sera (23 settembre 2012), affermassero, perfettamente in linea con il pensiero del opting out: "Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate".
Da allora la sanità italiana è stata attraversata da due processi, entrambi funzionali alla logica dell'opting out, entrambi apparentemente manovrati dalla stessa regia.

1. Il definanziamento del servizio sanitario pubblico

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità tra cui le "privatizzazioni su larga scala dei servizi pubblici locali" e la "riduzione significativa dei costi del pubblico impiego" [Lettera della Bce al Governo italiano del 5 agosto 2011]. Da allora, il sistema sanitario - per ammissione della Ragioneria dello Stato - è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpito dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato)[3].

2. La promozione del "secondo pilastro" assicurativo

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del "secondo pilastro". Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni bipartisan. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza d'interessi [4]: dal mondo delle imprese sanitarie private for-profit (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo no-profit, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza d'interessi anche tra Confindustria e Sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto

[3] http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/
[4] http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/

dal sindacato dei Metalmeccanici, dal nome evocativo "Fondo mètaSalute[5]". Si tratta di un'assicurazione sanitaria privata che include gran parte di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che - secondo i Livelli essenziali d'assistenza - il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l'offerta, senza prescrizione medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui - ad esempio - l'ecodoppler agli arti inferiori ogni 2 anni dai 30 ai 39 anni; Moc ogni 2 anni sopra i 50 anni, la visita cardiologia ogni 2 anni, PSA ogni 2 anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un'offerta del genere, che non richiede il filtro valutativo del medico, c'è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario [6].

L'assalto all'universalismo

"The assault on universalism". L'articolo del BM[7] [8] pubblicato alla fine del 2011 , fu scritto da due tra i più noti e esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler. Secondo gli autori la riforma del NHS allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come l'NHS e altri servizi sanitari nazionali: "La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi". La temuta riforma del NHS è entrata in vigore nel 2013 producendo l'intera privatizzazione dei servizi sanitari [9]. Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi di sbarazzarsi - con un semplice decreto reale (aprile 2012) - del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni [10].

Anche in Italia è in atto l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e in Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia la formula ideata per mettere in crisi il Ssn è semplice e a suo modo geniale. Si tratta del mix di interminabili tempi di attesa (conseguenza della scarsità dell'offerta pubblica) e di ticket particolarmente esosi (introdotti dal governo Monti e rafforzati dalle Regioni), spesso più costosi

[5] http://www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017
[6] Geddes da Filicaia M, La salute sostenibile, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2018
[7] McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. BMJ 2011; 343:1314-17
[8] http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/
[9] http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/
[10] http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

delle prestazioni private. L'obiettivo è quello di far migrare crescenti volumi di utenti dai servizi pubblici al settore privato a pagamento, l'effetto collaterale quello di costringere le fasce più deboli a rinunciare alle prestazioni, o a indebitarsi.

Questo (odioso) meccanismo riguarda quasi esclusivamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche. Una scelta tutt'altro che casuale, per i seguenti motivi:

1. Infondere l'idea che il Ssn altro non è che una macchina per la produzione di singole, episodiche prestazioni; se il Ssn non le produce a sufficienza ci penserà qualche altra macchina. L'importante è averle, e presto, quelle prestazioni.
2. La domanda di prestazioni è facilmente manipolabile. È agevolmente misurabile in termini quantitativi e contabili, molto meno in termini di qualità e appropriatezza. "Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo", scrive Iona Heath, medico di famiglia inglese. "È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute" [11].
3. Il mercato sanitario privato ha rapidamente intercettato questa tendenza gettandosi sulla produzione di prestazioni, da vendere anche al supermercato, in competizione con il Ssn sia sul prezzo, che sui tempi di attesa. Il mercato assicurativo non è stato da meno, promuovendo«secondi pilastri» interamente basati sull'erogazione delle prestazioni di cui sopra, alimentando la sovradiagnosi anche con l'offerta di irrazionali «pacchetti prevenzione" (vedi post Psicopatologia della politica).

Conclusioni

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il Ssn deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbosità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi [12]. È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle diseguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze, promotore e coordinatore del blog Saluteinternazionale.info, Presidente dell'Osservatorio italiano sulla Salute globale

[11] Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. BMJ 2014, 349: 19-21.

[12] Rozzini R. e Trabucchi M, Sanità e condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche in tempo di crisi, in Rapporto Sanità 2013, Il Mulino, Bologna 2013, pp. 197-212.

da SISTEMA SALUTE
La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte I*

1978. Formidabile - e tragico - quell'anno!

Marco Geddes da Filicaia

Sweet Sixteen - Ken Loach 2002

Le leggi non sono solo opera del legislatore, che è il responsabile ultimo, in una società democratica, di un processo di elaborazione che spesso viene da lontano e che si concretizza grazie a una contingenza politica e sociale. Non è quindi inutile, ma anzi indispensabile, specie per i lettori più giovani, andare con la memoria a quel fatidico anno, il 1978, in cui fu approvata, negli ultimi giorni prima della chiusura del Parlamento per le festività natalizie, la legge 833: l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Sotto il profilo sanitario forse, ripercorrendo alcune tappe della nostra storia, chi ha qualche nozione di cabala, riterrà non indifferente che l'anno finisse con il numero 8. L'otto, nella cabala, significa giustizia, equità. Rappresenta due cerchi in verticale che, in orizzontale, sono i due piatti della bilancia che la Giustizia tiene, appunto, nella sua mano.

Era la vigilia di Natale, il 24 dicembre del 1888 (gli otto in questo caso sono addirittura tre), quando la Gazzetta Ufficiale pubblica la Legge Crispi – Pagliani, approvata dal Parlamento due giorni prima; il primo provvedimento organico sanitario con l'istituzione dei Medici provinciali, degli Ufficiali sanitari, delle Condotte mediche, del Consiglio superiore di sanità. Un provvedimento come scrisse l'igienista piemontese Luigi Pagliani, che l'aveva ispirato e predisposto, volto a:"... lavorare al bene ed al progresso della patria e dell'umanità".

Nel 1938 fu approvata la legge Petragnani, che classificava e regolava, fra l'altro, le strutture ospedaliere, anche sotto il profilo edilizio (ad esempio il limite di 7 piani in altezza). Nel 1948 in Inghilterra viene creato il NHS, il primo servizio sanitario nazionale universalistico, finanziato tramite il prelievo fiscale, che interessa una grande nazione e a cui anche noi ci siamo ispirati.

Arriviamo a un altro anno che termina con otto: il 1958. Le competenze sanitarie, collocate fino ad allora sotto il Ministero degli Interni, vengono scorporate e viene istituito il Ministero della Sanità affidandone la titolarità al tisiologo napoletano Vincenzo Monaldi, un onorevole democristiano di lungo corso. E nuovamente in un anno con ultimo numero otto, il 1968, viene approvata la riforma ospedaliera, la così chiamata "Riforma Mariotti", dal nome del ministro socialista in carica che l'aveva promossa. Infine, nuovamente, questa volta all'antivigilia di Natale, siamo il 23 Dicembre del 1978, viene approvata la Riforma sanitaria; la legge 833!

Il 1978 è un anno che segna la storia del nostro Paese per vari motivi: il 9 maggio viene assassinato Aldo Moro. È rimasto inascoltato l'appello "…uomini delle Brigate Rosse" del Papa Paolo VI, che muore poco dopo. Si succedono al soglio pontificio, in quell'anno, ben tre papi: Giovan Battista Montini, Albino Luciani e, infine, Karol Wojtyla.

Per la prima volta nella nostra storia si dimette, anticipando la fine del mandato, il Presidente della Repubblica. Giovanni Leone lascia, uscendo dal portone posteriore, il Quirinale, travolto dalla campagna promossa da Marco Pannella e Emma Bonino che lo accusano di essere coinvolto nello scandalo Lockheed; vicenda a cui in realtà, dopo anni di indagini e varie sentenze, risul-

terà estraneo, come riconosceranno gli stessi promotori della campagna mediatica. Nel Luglio verrà eletto presidente Sandro Pertini, il primo presidente popolare, con alcuni tratti che potremmo definire oggi anche populisti.
Questa è la situazione del paese che vede, per la prima volta, una donna nel Governo. Si tratta di Tina Anselmi, nel 1944 giovane partigiana veneta nel Corpo volontari della libertà, prima ministro del lavoro e, nel marzo 1978, ministro della sanità.

Il Parlamento porta a compimento una rilevante attività legislativa, fra cui la legge sulla disoccupazione giovanile e la legge sull'equo canone ; vi sono inoltre tre fondamentali leggi di ambito sanitario (e non solo sanitario, ma di ben più ampia portata):

- la legge Basaglia, (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori; legge n. 180 del 13 maggio 1978).
- la Legge sull'aborto (è il sintetico titolo di un libro , coevo alla legge, di Giovanni Berlinguer, che ne fu relatore di maggioranza insieme all'onorevole Del Pennino del PRI), o più correttamente sulla Tutela della maternità e interruzione volontaria di gravidanza (legge n. 194 del 22 maggio 1978).
- la Istituzione del Servizio sanitario nazionale, (legge n. 833 del 23 dicembre 1978).

Questi traguardi riformatori furono possibili grazie a confronti e convergenze attuate nel Parlamento, luogo nel quale maggioranza e opposizione, pur portatrici di storie e ideologie assai diversificate, si scontravano ma anche si confrontavano e trovavano occasioni di dialogo e di sinergica confluenza sulle grandi questioni. Ma fu possibile essenzialmente per il livello di partecipazione, di impegno, di elaborazione da parte di forze e attori sociali e da parte di operatori, professionisti, intellettuali, medici.

In questo contributo tratterò della Riforma sanitaria approvata quarant'anni fa e di qualche elemento critico attuale e futuro, ma vorrei esporre una personale riflessione sulle tre leggi citate.
Quelle tre riforme sono state per più aspetti una conquista di diritti civili: per le persone ridotte nei manicomi in stato di soggezione e di minorità, di limitazione delle libertà a cui venivano restituiti diritti e dignità; per le donne che si riappropriavano della responsabilità sul proprio corpo e sulla maternità e infine, con la riforma sanitaria si poneva al centro il diritto alla salute.

Ci si poteva limitare ad attribuire e promuovere "diritti civili" e non estendere la normativa ai diritti sociali? Le materie che venivano affrontate certo si prestavano a tale "fecondazione" ma era possibile attuare i diritti civili depenalizzando l'aborto entro un determinato periodo, come attuato in altri paesi, e non assicurare gli interventi gratuiti nelle strutture pubbliche, inserendoli nei Lea e promuovere i consultori e i percorsi di tutela della gravidanza.
La riforma sanitaria poteva essere realizzata limitandosi a una estensione delle tutele, unificandone la gestione nella cassa mutua INAM, a tutta la popolazione e non creando una architettura istituzionale che ha interessato i Comuni, le Province e le Regioni, ha promosso la partecipazione, ha voluto realizzare il coordinamento e l'unitarietà degli interventi sociali e sanitari.
La riforma psichiatrica poteva tutelare i ricoverati, non avviare il superamento degli ospedali psichiatrici, destinando operatori ad altre funzioni, restituendo al tessuto urbano parti importanti della città e pregevoli edifici.
Non voglio qui esaminare i molti limiti nella realizzazione, di cui sono consapevole, ma sottolineare come, a differenza di quanto attuato in epoche successive, tali riforme siano state volutamente sia civili che sociali.
Sono state riforme di struttura, non nel senso, male inteso o male pensato, di anticipazioni di elementi di socialismo, ma in relazione alla loro incisività nel corpo, nella struttura sociale ed economica del nostro Paese.
I Ministri della sanità che si sono succeduti in questi decenni hanno espresso, in occasione della ricorrenza dei 40 anni, giudizi sulla Riforma e la sua applicazione offrendo elementi di riflessione, sia in occasione di incontri che con alcuni contributi. Ciò che colpisce è che, seppure con sfumature diverse e con critiche anche contrapposte all'applicazione che ne è stata fatta – anche in relazione alle rispettive responsabilità – vi sia un elemento comune, come si può evincere anche da queste affermazioni: "La Riforma fu una rivoluzione - ha scritto recentemente Mariapia Garavaglia - in gran parte riuscita".
"Ha inverato e dato forma – ha dichiarato Rosy Bindi – all'articolo 32 della nostra Costituzione" .
"Il diritto fondamentale alla salute fissato all'articolo 32 aveva finalmente trovato piena attuazione". Queste sono le testuali parole dell'ex ministro Francesco De Lorenzo che così circoscrive – certo a posteriori – il voto contrario suo e del suo partito in conseguenza di

alcune criticità da loro intraviste nel testo di legge.

Questo processo riformatore si avvaleva di alcuni elementi favorevoli, anche a livello internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità godeva allora di grande prestigio ed era diretta da un medico olandese, di notevole capacità e autorevolezza: Halfdan Theodor Mahler, che promosse, proprio nel 1978, la conferenza di Alma Ata sulla *primary care*.
L'altro elemento di spinta a quest'insieme di processi riformatori fu rappresentato dalle Regioni che avevano avviato preliminari forme di organizzazione unitaria delle attività sanitarie, quelle allora di competenza dei Comuni e delle Provincie, integrandole con le diverse competenze in ambito sociale attribuite (o autonomamente promosse) agli enti locali. A tal fine, in varie realtà, l'istituzione con legge nazionale delle Unità socio sanitarie fu anticipata dalla costituzione dei Consorzi socio sanitari.
Vi era poi viva la preoccupazione per la ormai evidente inefficienza delle casse mutue, circa 1.200, e per la costante crisi finanziaria che ormai da tempo colpiva la stragrande maggioranza di tali enti. Tale dissesto economico richiedeva continui interventi statali; il sistema mutualistico aveva accumulato 4.000 miliardi di debiti per il cui ripiano lo Stato, nel 1974, dovette ricorrere a un'emissione straordinaria di buoni del Tesoro pari al 6% del PIL! A tale propositi il CNEL affermava che "… L'andamento della spesa sanitaria ha assunto, nel nostro Paese, per entità e sviluppo, una incidenza determinante sulla situazione economica al punto da essere considerata un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario" .
Una situazione che fece dire, a molti fautori della legge 833, che tale processo di riforma non era quindi solo necessario, ma ormai inevitabile.
Vi è stata pertanto, nel 1978, una concatenazione di tre fattori: l'esistenza di una problematica ormai ineludibile; la disponibilità di soluzioni concrete dati gli studi e le proposte che erano state messe a punto in quegli anni, in particolare intorno a personalità quali Alessandro Seppilli ; infine l'emergere di una volontà politica. Si concretizzò pertanto una "finestra di opportunità" , che permise l'approvazione della Riforma sanitaria. Finestra che non è restata a lungo aperta.

Marco Geddes da Filicaia
Medico, epidemiologo,
Comitato di Bioetica della Regione Toscana

Sweet Sixteen - Ken Loach 2002

Dossier

Come eravamo: qualche sintetico dato

Marco Geddes da Filicaia

Qualche dato sia demografico – epidemiologico che sulla struttura dei servizi sanitari è indispensabile per marcare le differenze e caratterizzare – seppure sommariamente – questi quarant'anni. La natalità (nati per 1.000 abitanti) era del 12.6 superando nettamente la mortalità (morti per 1.000 abitanti) che era del 9.5. La situazione attuale è completamente cambiata andando ad un saldo negativo con una natalità che è crollata al 7.6 e una mortalità che è aumentata al 10.7. Di conseguenza i giovani (0-14 anni) sono passati dal 19% nel 1981 al 14% attuali, mentre le classi di 65 anni e più sono passate dal 14% al 22%, con una notevole quota di grandi anziani (sopra gli 85 anni) La speranza di vita, negli anni di approvazione della Legge 833, era di 71,1 anni per gli uomini e di 77,8 per le donne (1981); attualmente è di 81 per gli uomini e 85 per le donne, quindi con un incremento di 9 – 10 anni. Le differenze territoriali restano tuttavia ampie. Ad esempio a Firenze la speranza di vita per l'insieme della popolazione è di 84 anni e a Caserta di 80. La mortalità infantile è crollata: da oltre 17 su 1.000 nati vivi alla fine degli anni settanta, per cui professionisti ed esperti guardavano con ammirata invidia i Paesi del Nord Europa, e in particolare la Scandinavia , agli attuali 2,8.

Ma quarant'anni fa quale era l'assetto dei servizi? Quale è la situazione attuale e in particolare che cosa si intravede per il futuro? Non è facile rispondere in poco spazio e proverò ad offrire una sintesi per capire, ovviamente a grandi linee, il cammino fatto e i principali problemi che, a mio parere, abbiamo di fronte.

Quanrant'anni fa furono costituite 695 Usl con una popolazione media di 81 mila abitanti; molte Usl avevano una dimensiona assai ristretta: la più piccola contava 2.108 abitanti e la più ampia 380.883. Si è assistito poi a un progressivo accorpamento cosicché abbiamo attualmente 101 Aziende sanitarie locali con una media di quasi 600 mila abitanti e con 8 Aziende sanitarie di oltre il milione e una di quasi 3 milioni e mezzo. Si tratta di dimensioni analoghe o superiori a molti Stati europei: Cipro, Estonia, Lettonia, Slovacchia. Questo scenario non risponde solo a un fenomeno di razionalizzazione, ma a una notevole cambio di indirizzo che ha visto diminuire il ruolo delle amministrazioni comunali, ridimensionare l'unitarietà socio sanitaria, ridurre le occasioni e gli strumenti di partecipazione delle comunità locali e regionalizzare maggiormente, anche in termini gestionali, le funzioni sanitarie un tempo svolte dalle USL.

L'offerta ospedaliera si è profondamente modificata con una riduzione di oltre il 50% dei posti letto, passati da 530.000 unità a 215.000. Una riduzione che ha investito maggiormente il pubblico, poiché i posti letto privati sono proporzionalmente aumentati dal 14.7% del 1978 agli attuali 20,4%. L'ospedalità privata si concentra in Lazio, Abruzzo, Sicilia e, in particolare Campania e Calabria, due regioni in cui la percentuale di posti letto privati supera il 30%. Considerati gli indicatori di efficienza ed efficacia con cui si valutano le diverse realtà sanitarie, non certo una prova a favore del pregiudizio dell'efficacia del privato rispetto al pubblico!

Questa riduzione dei posti letto è stata trainata da una diminuzione del tasso di ospedalizzazione che, dopo un incremento negli anni ottanta, si è nettamente ridotto attestandosi attualmente a 141 x 1.000 abitanti. Il fattore che ha avuto maggiore influenza è tuttavia la riduzione della durata di degenza che, nel 1981, presentava medie regionali fra il 10 – 16 giorni e attualmente fra i 6-8 giorni. Un ventaglio assai più ristretto con performance più omogenee, per tale parametro, fra regioni. Tuttavia la mobilità regionale è notevolmente aumentata in varie regioni del sud, in particolare in Calabria, che ha raddoppiato la migrazione sanitaria verso Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, esercitando invece un minimo di attrazione.

E' cambiata anche la tipologia dei posti letto, con il crollo del numero di posti letto psichiatrici, principalmente per la chiusura dei manicomi, e la netta riduzione di letti in tutte le aree di degenza. Solo due "comparti" hanno visto un incremento: la riabilitazione – lungo degenza in cui i posti letto si sono duplicati e le terapie intensive, disciplina in cui si sono triplicati.

Queste poche informazioni non sono certo in grado di offrire un quadro dei cambiamenti, ma solo qualche indicatore strutturale. D'altronde il lettore di queste pagine avrà certo percepito personalmente quanto il modo di lavorare in ambito sanitario, e non solo, sia stato influenzato in questi decenni da modifiche sociali, giuridiche, tecnologiche, e, direi, anche antropologiche.

Credo che due problematiche siano fondamentali per il futuro del Servizio sanitario: la questione ricorrente della regionalizzazione della sanità (all'interno della quale vi è anche un aspetto di equità) e il tema che va sotto il generale titolo di sostenibilità.

Marco Geddes da Filicaia
Medico, epidemiologo,
Comitato di Bioetica della Regione Toscana

da SISTEMA SALUTE
La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte II*

La regionalizzazione del Servizio sanitario

Marco Geddes da Filicaia

Sweet Sixteen - Ken Loach 2002

Una critica ricorrente al nostro sistema sanitario riguarda le notevoli differenze che si registrano fra regioni, sia sulla base dei principali indicatori di salute, anche quelli "duri", quali la speranza di vita, sia nella valutazione della qualità dei servizi sanitari e della loro accessibilità. Sono pertanto evidenti notevoli diseguaglianze territoriali che amplificano il rilevante problema dell'equità nella salute per classe sociale e reddito . Abbiamo assistito negli ultimi anni ad una vera e propria "levata di scudi", sia da parte di istituzioni scientifiche e di ricerca che di larga parte del mondo politico, contro una sanità frammentata in ventun sistemi. L'origine di tali mali è stato imputato in larga parte alla modifica del Titolo V della Costituzione, avvenuta nel 2001, con la conseguente potestà legislativa concorrente, limitata alla determinazione dei princìpi fondamentali in materia di tutela della salute. È stata così riservata allo Stato la potestà legislativa esclusiva in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art.117, secondo comma, lettera n) mentre le Regioni hanno potestà legislativa in materia di tutela della salute e della ricerca scientifica sulla base dei principi fondamentali dettati dallo Stato (art.117, terzo comma). Dopo quindici anni di tale "regime costituzionale" le questioni normative e le interpretazioni contrapposte, con conseguenti contenzioni Stato – Regioni, erano in larga parte chiariti anche grazie a ripetute sentenze della Corte Costituzionale, ma le diversità territoriali non certo superate. La riforma costituzionale, approvata definitivamente dal Parlamento il 12 aprile 2016 conteneva diffuse riscritture del Titolo V e, per quanto riguarda la sanità, riportava nelle competenze statali il compito di emanare "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare". Si riteneva infatti, da parte del Governo e della maggioranza parlamentare favorevole a tale riscrittura costituzionale, che le "disgrazie" per il servizio sanitario nazionale fossero da attribuirsi tutte non a problemi di finanziamento, formazione, indirizzi organizzativi, revisione di accordi e di convenzioni, ma alla regionalizzazione! L'appello del presidente del Consiglio era in tal senso esplicito: "con il referendum si decide se lasciare tutta la sanità alle Regioni oppure dare stessi diritti a tutti i cittadini" o: "se vincono i SI tutti i malati di cancro avranno gli stessi farmaci indipendentemente dalla Regione in cui vivono".

Tuttavia, in questa schizofrenia istituzionale il Governo presieduto dall'onorevole Gentiloni accoglieva e sottoscriveva, il 28 febbraio 2018 , le richieste di autonomia differenziata avanzate da Lombardia, Veneto e Emilia Romagna volte ad ampliare le competenze regionali in varie materie, fra cui in particolare quelle sanitarie; intesa che dà il via a un articolato iter legislativo che deve ottenere la maggioranza assoluta nei due rami del Parlamento.

Con la nuova fase legislativa altre sette Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte Toscana, Umbria) hanno dato mandato di avviare i negoziati per definire con lo Stato, in base all'articolo 116 della Costituzione, "ul-

teriori forme e condizioni particolari di autonomia" .
Le materie di carattere sanitario su cui le Regioni richiedono autonomia sono ampie e variegate, con molti aspetti in comune, ma anche con alcune differenziazioni fra Regioni.
Citiamo, a titolo esemplificativo, le principali: maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale; maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN; maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di rimunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione; possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio, volte in particolare alle scuole di specializzazione e all'inserimento degli specializzandi nell'ambito del SSN; possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"; possibilità di attivare rapporti con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) al fine di presentare dossier sull'equivalenza terapeutica dei diversi farmaci etc.
Alcune Regioni hanno concordato, nell'intesa preliminare, anche specifici punti. Ad esempio la Regione Veneto ha previsto una maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale; la Regione Lombardia una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.
L'elenco delle richieste regionali sono, in molti casi, ragionevoli, ma non si comprende il motivo per il quale siano da attribuire a una Regione (che l'ha richiesta) e non a tutte le Regioni la possibilità di sottoporre all'AIFA dossier sull'equivalenza terapeutica dei farmaci, o permettere una maggiore autonomia finanziaria in termini di vincoli di spesa in materia di personale, una volta definiti i tetti di spesa .
Altre richieste appaiono in realtà eversive rispetto alla tenuta di un sistema sanitario che intenda assicurare uguali diritti a tutti i cittadini. Una differenziata normativa regionale in tema di libera professione dei sanitari (modifica del rapporto di esclusività, regolamentazione della Libera professione intramoenia etc.) verrebbe a mutare – di fatto – gli accordi nazionali contrattuali e offrire, nell'ambito del servizio pubblico, sistemi profondamente diversificati da regione a regione.
Ulteriori rilevanti perplessità desta la proposta di una maggiore autonomia regionale legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, venendo così a creare addirittura gabbie contrattuali territoriali differenziate per un già complesso sistema di welfare aziendale.
Il processo che si è avviato presenta alcuni evidenti pericoli: si rischia infatti di realizzare, in ambito della tutela della salute, una Repubblica della autonomie ampiamente e immotivatamente diversificata in base alle richieste delle singole Regioni e ai conseguenti accordi (affidati anche a mutevoli omogeneità – disomogeneità politiche fra Regioni e Governo), senza una valutazione delle conseguenze positive o negative del regionalismo in sanità, e in particolare attribuendo poteri senza stabilire garanzie per la tenuta unitaria della Repubblica.
Il regionalismo differenziato ha una sua logica in relazione a condizioni strutturalmente diversificate da Regione a Regione, per cui - a titolo meramente esemplificativo – alla Lombardia si riconosce un diritto sulla regolamentazione della navigazione lacustre, che non è attribuito all'Abruzzo, mentre Calabria, Puglia e altre regioni possono richiedere elementi di maggiore autonomia sulla regolamentazione dell'ambiente delle coste marittime, tema da non attribuire, ovviamente, al Trentino Alto Adige o al Piemonte. Ma il diritto alla salute e all'accesso ai servizi è diritto costituzionale eguale per tutti e non differenziabile regionalmente. Può essere differenziato se tale termine si limita ad una "modulazione" in relazione a risultati raggiunti, quali ad esempio autonomia nell'assunzione di personale se in pareggio di bilancio, ma non cristallizzando differenze per territorio.
Il secondo aspetto che intendo sottolineare è che il potenziamento di forme di autonomia regionale necessita contestualmente di un rafforzamento delle strategie e della regia a livello nazionale. In altri termini l'autonomia non può essere intesa semplicemente in termini "sottrattivi" di competenze e non si accompagni invece a un contestuale rafforzamento, proprio perché aumenta l'autonomia, delle capacità di coordinamento nazionale.
Peraltro la governance nazionale di un sistema complesso, quale quello sanitario, non è affidata solo a provvedimenti legislativi, ma può, e deve, avvalersi anche di altri strumenti quali: la riorganizzazione e potenziamento degli strumenti tecnico – scientifici nazionali, con una maggiore sinergia e unitaria "regia" di tre fondamenti istituzioni: AIFA, Istituto superiore di Sanità, Agenas; la revisione, a livello nazionale, della normativa che definisce i rapporti fra Servizio

sanitario nazionale e Università, finalizzata fra l'altro a far decollare, in misura reale ed estensiva, la funzione didattico – formativa degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali del SSN; l'incremento sostanziale e progressivo dei finanziamenti per la ricerca indipendente, sia in ambito farmacologico che nella valutazione di presìdi, procedure e organizzazione sanitaria, coinvolgendo prioritariamente le istituzioni nazionali (AIFA, Agenas, ISS) e gli Istituti nazionali a carattere scientifico (IRRCCS); l'affidamento della titolarità delle Linee Guida all'Istituto Superiore di Sanità, con la collaborazione di società e istituzioni scientifiche, che operino però all'interno di una attività coordinata e finanziata dall'istituzione pubblica; la revisione dei criteri e della trasparenza delle trattative fra Aifa e industrie farmaceutiche; la ridefinizione, in accordo con le Regioni, delle motivazioni e delle procedure di commissariamento, che non devono essere limitate alla non ottemperanza di obiettivi finanziari, ma anche di obiettivi di funzionamento del Servizio sanitario, da valutare con adeguati indicatori.

Marco Geddes da Filicaia
Medico, epidemiologo,
Comitato di Bioetica della Regione Toscana

Sweet Sixteen - Ken Loach 2002

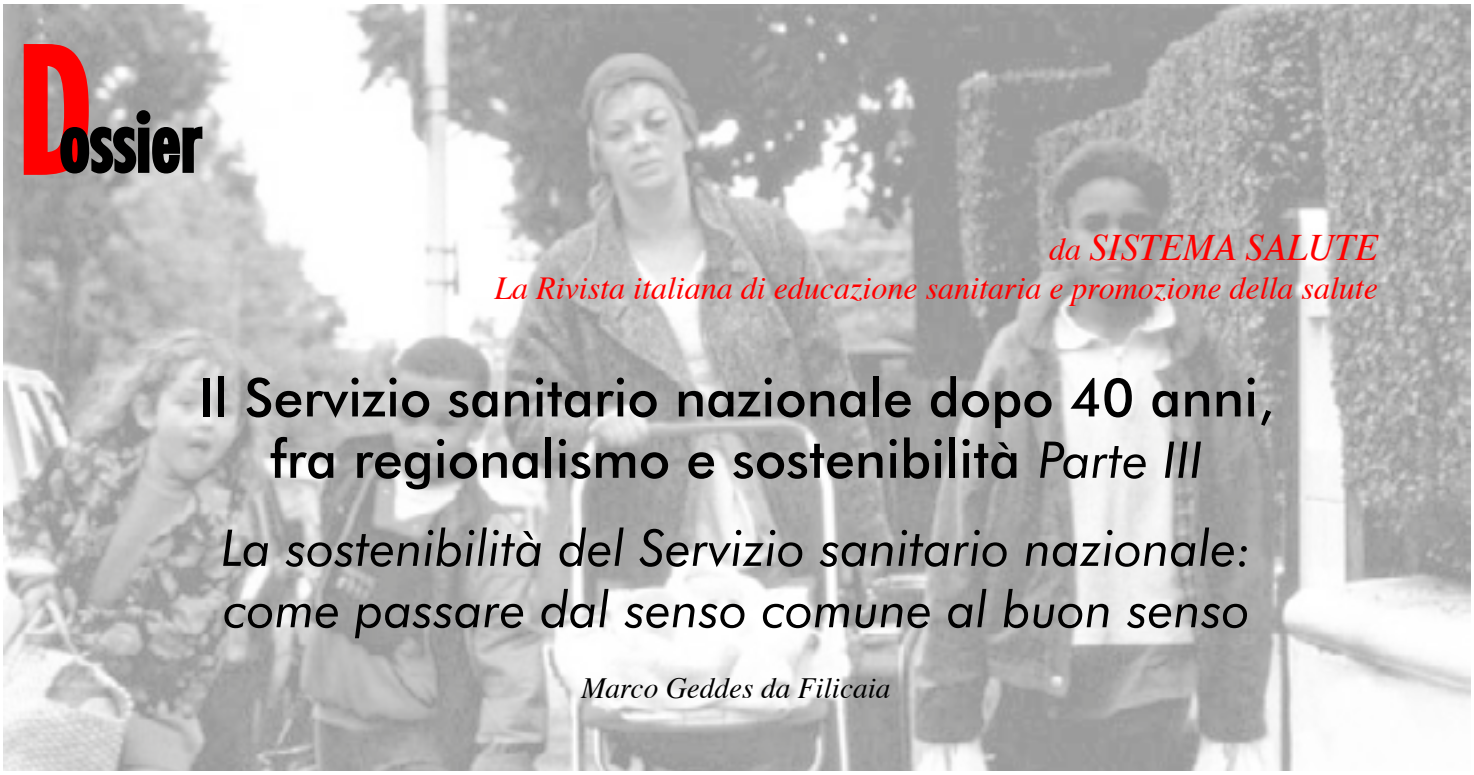
Dossier

da SISTEMA SALUTE
La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità *Parte III*

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale: come passare dal senso comune al buon senso

Marco Geddes da Filicaia



Ladybird Ladybird - Ken Loach 1994

La parola sostenibilità ha acquisito, negli ultimi anni, molteplici valenze oltre agli abituali sinonimi: sopportabile, tollerabile, difendibile. Si utilizza infatti anche in termini di "valore", riferito ad esempio a prodotti (mezzi di trasporto), edifici, attività (impianti produttivi) che sono appunto "sostenibili" in termini di impatto ambientale, di consumi energetici etc. Quindi un valore ecologico, etico, un aspetto da evidenziare per esaltare la competitività della proposta o del progetto che viene avanzato.

Un secondo aspetto da chiarire preliminarmente è se si tratti di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale o, anche, di sostenibilità della salute. La Sostenibilità del SSN è strettamente connessa (in altri termini viene a comprendere anche) alla "sostenibilità della salute". Se non riuscissimo a sostenere un SSN - sia in termini economici che sociali – vi sarebbe un peggioramento della salute degli italiani. Se, d'altro canto, non si rendesse sostenibile la salute attraverso molteplici iniziative eque ed efficaci, che intervengono su economia, normative, ambiente etc. l'ingente insieme produttivo – pubblico e privato – che destiniamo a cura e riabilitazione, dovrebbe far fronte, in maniera tardiva e poco efficace, a una molteplicità di domande difficilmente compatibili con le risorse degli italiani. Rinviando a quanto più ampiamente trattato in altra sede, richiamerò in questo contributo alcuni elementi fondamentali del dibattito in corso.

Il lettore si sarà certo sentito dire, negli ultimi anni, che il nostro SSN, universalistico, basato sulla fiscalità generale, non è più sostenibile. I motivi addotti sono sotto gli occhi di tutti: l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, l'incremento di prestazioni e di consumo di farmaci sempre più costosi. Da tali premesse, indubbiamente veritiere, viene tratta la seguente conseguenza: la spesa sanitaria è in continuo incremento e non compatibile con la stabilità finanziaria; l'impegno dello Stato in questo sistema di welfare non può continuare a crescere e pertanto bisogna trovare altre fonti di finanziamento, un altro pilastro, attraverso un sistema assicurativo e i fondi sanitari integrativi. Chi può, in base al reddito, ricorra ad un sistema parallelo, con l'opting out, cioè l'uscita dal sistema sanitario e – elemento di non modesto rilievo – dalla solidarietà fiscale per sostenerlo.

È utile quindi domandarsi se la crescita della spesa sanitaria pubblica sia un fatto reale, se la convinzione di un'enorme crescita futura provenga da accreditate previsioni, se non vi siano politiche pubbliche capaci di coniugare appropriatezza, efficienza ed efficacia del sistema sanitario e, infine, se la questione fondamentale non sia piuttosto quale welfare vogliamo nel nostro paese e, in definitiva, quale comunità, quale paese, vogliamo ora e nel futuro.

La spesa sanitaria pubblica ha presentato, in effetti, un tasso di crescita estremamente elevato rispetto ad altri comparti di spesa, sia pubblici che privati, che rispetto al Pil. Ma questo è un dato che risale a molti decenni fa, valido per il periodo 1960 – 1992, in cui è aumentata di 2,5 volte . La situazione attuale e le previsioni prossime sono assai diverse , come si evince dalla tabella 1.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
In % di Pil	6.8%	6.7%	6.7%	6.6%	6.6%	6.4%	6.3%	6.3%
Tasso di variazione in %		0.3%	1.0%	1.1%	2.0%	0.5%	1.9%	2.0%

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica in Italia in valori assoluti, in rapporto al Pil e Tasso di variazione percentuale: Anni 2014 - 2021

Come appare evidente la crescita nominale appare estremamente contenuta e nasconde una decrescita progressiva, sia in proporzione al Pil sia in termini reali, considerato che è inferiore al tasso di inflazione.

E' tuttavia necessario rispondere ad un'altra possibile considerazione: l'aumento di spesa nei futuri decenni, in relazione ad alcuni elementi e, in particolare, a quello più rilevante e più certo, rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. Anche in questo caso disponiamo di proiezioni accurate, secondo metodologie concordate in sede europea ed effettuate da organismi ufficiali , i cui risultati sono riportati nella figura 1.

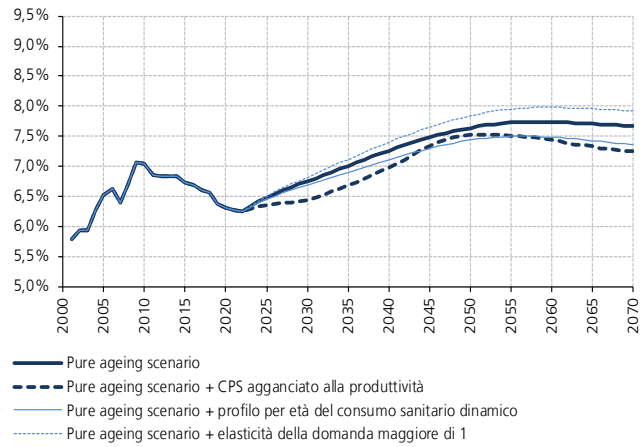


Figura 1 - Spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil con alcune ipotesi alternative in relazione al consumo sanitario (CPS = Consumo pro capite standard)

Le previsioni di spesa evidenziano un rapporto con il Pil che raggiunge il 7.7% con ipotesi che oscillano fra il 7.5% e il 8.0%.

Interessante inoltre il raffronto, sia attuale che in termini di previsione, con gli altri paesi europei, , che riportiamo in figura 2 (vedi pagina seguente).

L'Italia presenta uno scarto di 0,3 punti percentuali rispetto alla media europea, scarto che mantiene anche a distanza di mezzo secolo e, come osserva anche la Ragioneria generale dello Stato "…alla fine del periodo di previsione, la spesa sanitaria italiana risulta ancora inferiore a quella dei principali partners europei, quali Francia e Germania" .

Si tenga altresì conto che tali raffronti sono effettuati in termini di percentuale rispetto al PIL; ma valutando la spesa sanitaria pro capite le differenze fra l'Italia e i principali partners europei risultano assai più marcate e il nostro Paese viene a essere superato anche dalla Spagna che, secondo le stime del FMI, nei prossimi 10 anni avrà un PIL superiore dell'Italia del 7%.

Il futuro incremento di spesa sanitaria si concentra tutto negli anziani e, in particolare, nei grandi anziani, che rappresentano le classi di età in crescita, sia in relazione al noto fenomeno del death related cost, sia per l'incremento di spesa di un altro settore del welfare, la Long Term Care (LTC), che attualmente incide dell'1,6% sul PIL e, con una aumento del 70%, si dovrebbe attestare al 2,7% nel 2070.

I dati qui riportati permettono di passare da una narrazione che sostiene la insostenibilità del nostro SSN e propone, come rimedio, lo sviluppo di assicurazioni individuali e collettive, in particolare tramite il welfare aziendale, a ben altra realtà. Una realtà assai diversa che evidenzia una spesa pubblica contenuta negli ultimi decenni, anche rispetto ad altri paesi, e più recentemente in riduzione; un incremento di spesa moderato nei prossimi decenni e da attribuirsi totalmente alle classi di età anziane e alla long term care. Pertanto riferito a quella fascia di popolazione che assicurazioni e il welfare aziendale, che offrono prestazioni prevalentemente sostitutive di quanto previsto dal Servizio sanitario nazionale, non tutelano.

La realtà: riduzione della spesa corrente e degli investimenti

Il nostro sistema sanitario è stato sotto finanziato negli ultimi anni, non assicurando fra l'altro un adeguato ricambio del personale e attuando un drastico abbattimento degli investimenti. Si è trattato pertanto di una scelta di politica economica che ha colpito alcuni ambiti della nostra società: sanità, istruzione e ricerca; settori

chiave, secondo molti economisti e anche in base a quanto attuato in altri Paesi, per far crescere, in una prospettiva di medio e lungo termine, l'economia della nazione e il benessere della popolazione. La sanità, in particolare, è stata utilizzata come un bancomat, con una riduzione di personale superiore al 50% rispetto ad altri comparti pubblici. Una situazione di emergenza che tuttavia è diventata una situazione stabile, che si coniuga con la spinta ad una privatizzazione strisciante del nostro sistema sanitario.

Se la numerosità di medici rispetto alla popolazione non è inferiore di quanto si rileva in altri paesi europei, due elementi risultano assai rilevanti: l'assenza di una adeguata programmazione delle suole di specializzazione con la conseguente carenza in settori specifici e la elevata età media, superiore a quella di qualsiasi paese europeo. Differente la situazione infermieristica, con una fortissima carenza rispetto agli altri paesi, cosicché se si dovesse, in termini di infermieri per popolazione, mettersi al paro dell'Inghilterra si dovrebbero assumere 130.000 infermieri; rispetto alla Francia 220.000 e rispetto alla Germania 440.000.

In sintesi "…dal 2012 al 2015 il governo centrale ha tagliato più di 31 milioni di euro dal budget sanitario, adottando una spending review basata su tagli lineari che è stata applicata omogeneamente su l'intero sistema pubblico" .

La riduzione dei finanziamenti al servizio sanitario non ha riguardato solo la spesa corrente, ma è stata particolarmente rilevante su gli investimenti, in un'ottica assai poco attenta rispetto alla possibilità di futuri risparmi e di una sostenibilità a lungo termine. Nell'ultimo quadriennio gli investimenti si sono ridotti del 42% e nel 2017 si sono ulteriormente contratti del 5,2% rispetto all'anno precedente. Esemplare la situazione che si è progressivamente verificata nell'ambito delle tecnologie, per il concorso della riduzione degli investimenti con l'assenza di pianificazione e con carenze organizzative. Ci troviamo pertanto di fronte a un parco diagnostico ridondante e obsoleto e con una conseguente scarsissima produzione di prestazioni per singola apparecchiatura, come evidenzia il confronto con gli altri paesi europei proposto nella tabella 2 .

Come agire? Un'azione su due fronti.

Il nostro sistema sanitario è stato definito sobrio e resiliente, ma la sobrietà, per mantenersi tale, cioè controllata e misurata, non deve tradursi, come sta avvenendo, in carenza e in inadeguatezza di mezzi, perché anche la resilienza ha un punto di deformazione e, successivamente, di rottura. È pertanto indispensabile modificare gli indirizzi di politica economica e, contestualmente, intervenire su due fronti: 1. Contenere i costi aumentando efficienza ed efficacia; 2. Limitare i bisogni di prestazioni promuovendo la salute.

L'aumento dell'efficienza e dell'efficacia comporta di agire sugli sprechi, smettendo di fare cose che non generano value e utilizzando, quando disponibili, alternative di efficacia e sicurezza sovrapponibili, ma a costi inferiori.

Nel corso degli ultimi anni si è avviata anche in Italia una riflessione su tale problematica, in particolare grazie alla Fondazione GIMBE che ha adeguanto al contesto nazionale la tassonomia messa a punto negli Stati Uniti. Trasferendo e adattando tali stime alla realtà italiana, sono stati ipotizzati risparmi pari al 19%; sono qui presentati rispetto alla spesa sanitaria pubblica prevista nel 2019; ammontando pertanto a 22.113 miliardi (±20% = 17.690 – 26.536), che si articolano comenella Tabella 3.

L'altro fronte su cui agire è rappresentato dalla riduzione dei bisogni di prestazioni, tutelando e promuovendo la salute della popolazione. Risulta a tale fine necessario attuare contestualmente due strategie fondamentali:

1. Mettere in atto azioni mirate a ridurre le diseguaglianze di salute. Questo obiettivo è fondamentale per ragioni di equità, quale scelta politica di una società che si fonda su principi di giustizia . Vi sono tuttavia anche considerazioni importanti in merito all'efficacia di interventi di sanità pubblica, poiché una riduzione del gap di accesso ai servizi sanitari e alla qualità nelle prestazioni porta al più alto beneficio di salute nell'insieme della popolazione.
2. Perseguire obiettivi di salute in tutte le politiche. Le politiche ambientali, la pianificazione urbanistica e dei trasporti pubblici, gli indirizzi in termini di tassazione differenziata degli additivi e dei prodotti alimentari, degli alcolici, del tabacco sono strumenti fondamentali per creare contesti ambientali e sociali più sani e per incentivare, in modo equo ed efficace, anche attraverso una "spinta gentile", decisioni individuali volte a conservare e promuovere la salute.

Uno sguardo ai mutamenti avvenuti nel nostro sistema sanitario e nello salute della popolazione italiana ci fa comprendere, come ha affermato il decano degli economisti sanitari americani Victori R. Fuchs, che "i grandi cambiamenti nella sanità sono atti politici intrapresi a fini politici". Pertanto, interrogandosi sul futuro del Servizio sanitario nazionale la domanda che ci si deve porre è quali valori assumere, quali obiettivi individuare per la collettività di cui siamo parte.

Figura 2 - Spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil nei paesi EU 28 e Norvegia. A: anno 2016; B: previsioni 2070

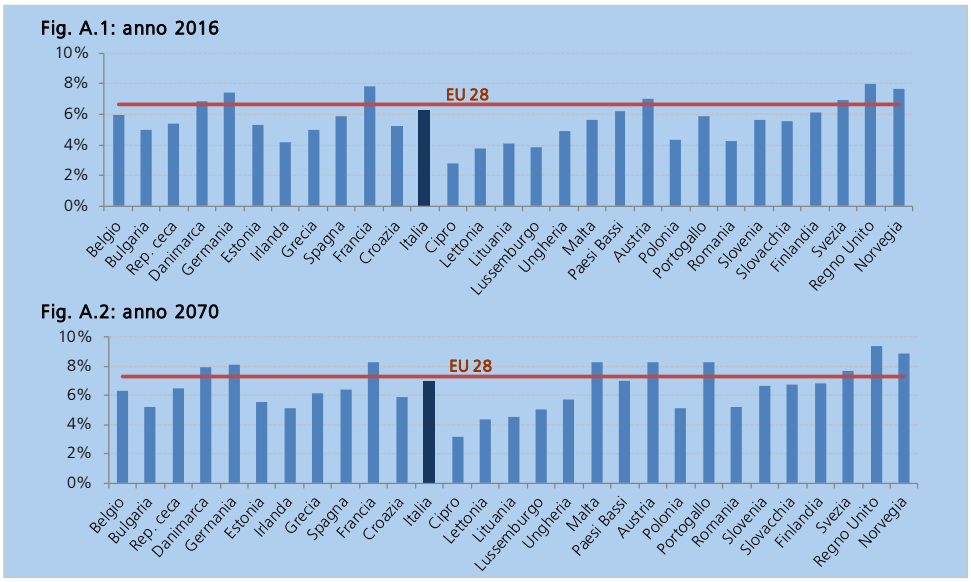


Tabella 2 - Confronto fra attrezzature (Risonanza magnetica e Tc) e prestazioni per 1 milione di abitanti in Italia, EU 17 e alcuni paesi europei. Anno 2016

Paese	RM			TC		
	Apparecchi	Prestazioni	A/P	Apparecchi	Prestazioni	A/P
Italia	28	67	2.4	34	81	2.4
Germania	34	136	4.0	35	143	4.1
Francia	14	114	8.1	17	204	12
Spagna	16	83	5.2	18	109	6.1
UK	7	57	8.1	9	85	9.4
EU 17	17	76	4.5	22	122	5.5

Tabella 3 - Stima degli sprechi in ambito sanitario: incidenza percentuale sulla spesa sanitaria pubblica prevista per l'anno 2019

Categoria	%	Mld €	±(20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,64	5,31 – 8,10
2. Sotto-utilizzo	15	3,31	2,65 – 3,97
3. Frodi e abusi	22	4,87	3,90 – 4,76
4. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,65	2,12 – 3,18
5. Complessità amministrative	11	2,43	1,94 – 2,92
6. Acquisti a costi eccessivi	10	2,21	1,77 – 2,65

Marco Geddes da Filicaia
Medico, epidemiologo,
Comitato di Bioetica della Regione Toscana

BIBLIOGRAFIA

- Legge n. 479 del 4 Agosto 1978.
- Legge n. 392 del 27 Luglio 1978.
- Berlinguer G. La legge sull'aborto. Roma: Editori Riuniti; Luglio 1978.
- Garavaglia M. Senza la legge 833/78 italiani più fragili e più poveri, Quotidiano sanità, 10 novembre 2018.
- Bindi R. Tavola rotonda al Forum Risk management, Firenze, 27 novembre 2018
- De Lorenzo F. Quegli errori del 1978 di cui in parte paghiamo ancora le conseguenze. Oggi le priorità sono stroncare le disparità di accesso alle cure e riformare il titolo V, Quotidiano sanità 29 ottobre 2018
- CNEL. Parere sul disegno di legge: Istituzione del Servizio sanitario nazionale. Assemblea, 13-14 aprile 1977, n. 159/108
- Seppilli A, Mori M, Modolo M.A. Significato di una riforma. Motivazioni e finalità del progetto di riforma sanitaria. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1972.
- Palumbo F. 40 anni dalle grandi riforme sanitarie. Legge Basaglia e istituzione del SSN: una riflessione comune (parte prima) Quotidiano sanità, 3 Novembre 2018.
- Berlinguer G, Terranova F. La strage degli innocenti. Firenze: la Nuova Italia; 1972.
- Ministero della Salute. L'Italia per l'equità nella salute. Roma: Novembre 2017.
- Servizio studi del Senato. Dossier n. 16, Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, maggio 2018.
- Servizio studi del Senato. Dossier n. 45, Verso un regionalismo differenziato: le Regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari con il Governo, luglio 2018.
- Editoriale. Società scientifiche e preparazione delle linee guida, Recenti progressi in medicina 2018; 109: 457-458.
- Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero scientifico editore; 2018.
- Reviglio F. Sanità. Senza vincoli di spesa? Bologna: il Mulino; 1999.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di economia e finanza 2018, Sezione 2.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 19, Roma, Luglio 2018.
- Ibidem, pag. 113.
- Poscia A, Silenzi S, Ricciardi W. Italy, in: WHO Organisation and financing of public health service in Europe WHO: Geneve; 2018.
- Corte dei Conti. Audizione al Documenti di Economia e Finanza del 2018.
- Oecd: Health at a Glance. Europe 2018. State of Health in the EU Cycle, 2018.
- Donald M. Berwick and Andrew D. Hackbarth, Eliminating Waste in US Health Care, JAMA 307, no. 14 (April 11, 2012):1513-6.
- GIMBE. 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma 5 giugno 2018
- Sen A. The idea of Justice: Allen lane, 2009. Trad. it. L'idea di giustizia. Milano: Mondadori, 2011.
- Sunstein CR, Thaler RH. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. New York: Penguin; 2009. Trad. it.: La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità. Milano: Feltrinelli; 2014.
- Fuchs V. Chi vivrà? Salute, economia e scelte sociali. Milano: Vita e Pensiero; 2002.

Family Life - Ken Loach 1971

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Tributo ad Alessandro Seppilli

RERUM COGNOSCERE CAUSAS
SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Massimo Moretti

In Italia, prima del 1978, il Servizio Sanitario era basato sulle assicurazioni, le cosiddette mutue, obbligatorie per categorie lavorative. L'assistenza veniva garantita, per le prestazioni definite nella contrattazione, a coloro che versavano contributi assicurativi. Questo causava una sperequazione enorme tra i cittadini.

Con la Legge n. 833 del 1978 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), finanziato dai cittadini in proporzione alla capacità contributiva ed indipendentemente dal bisogno assistenziale atteso (solidarietà contributiva).

L'approvazione della legge di istituzione del S.S.N. rappresentò un evento epocale, non solo per i principi di equità, solidarietà e universalità delle cure sanitarie, ma anche per aver dato pari dignità alla prevenzione rispetto alla cura e alla riabilitazione.

I padri della Legge n. 833/78 sono unanimemente riconosciuti essere il Prof. Augusto Giovanardi (Professore Ordinario di Igiene all'Università di Milano) e il Prof. Alessandro Seppilli (Professore Ordinario di Igiene all'Università di Perugia), due personalità per altri aspetti molto diverse, ma nelle quali convergevano una profonda cultura scientifica ed un forte impegno civile.

Alessandro Seppilli (Trieste, 7 maggio 1902) nel 1926 si laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Firenze, nel 1935 è Professore Incaricato di Igiene all'Università di Modena. Colpito dalle leggi razziali del 1938, con la moglie Anita e il figlio Tullio, si trasferisce a San Paolo, in Brasile. Rientrato in Italia, viene reintegrato nel ruolo all'Università di Modena.

Nel 1949 arriva a Perugia, dove, all'Università, viene chiamato a ricoprire il ruolo di Ordinario di Igiene. Per il suo impegno nella società civile, viene eletto sindaco di Perugia (1953 – 1964), capofila della lista del Partito Socialista Italiano. In collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, crea a Perugia nel 1954 il Centro Sperimentale Dimostrativo per l'Educazione Sanitaria della Popolazione. Si delineano così i tre aspetti che caratterizzeranno la vita pubblica di Alessandro Seppilli: Scienziato, Educatore, Politico.

Alessandro Seppilli ha ricoperto importanti incarichi a livello nazionale, nel Consiglio Superiore di Sanità, nell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, nell'Unione internazionale dell'Educazione Sanitaria. Fonda e dirige le riviste «L'Educazione Sanitaria» e «La Salute Umana». Con Giovanni Berlinguer dirige per Il Pensiero Scientifico Editore la collana Società e Salute.

Il Prof. Alessandro Seppilli è considerato il fondatore della Scuola di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia che, attraverso i suoi allievi diretti (Maria Antonia Modolo, Giuseppina Scassellati Sforzolini, Adele Candeli, Lamberto Briziarelli, Maurizio Mori) e indiretti ancora oggi è presente non solo in quella che era la Facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche nelle Facoltà di Farmacia, di Scienze MM.FF. e NN. e Magistero.

In questa occasione, mi pregio di esprimere a nome della S.It.I. Umbria l'apprezzamento ed il riconoscimento alla Prof. Maria Antonia Modolo, decana degli allievi diretti del Prof. Alessandro Seppilli, per il contributo dato allo sviluppo della Sanità Pubblica.

Professore Associato di Igiene, Università degli studi di Perugia,
Past President S.It.I. Umbria

Dossier

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Tributo ad Alessandro Seppilli

Maria Antonia Modolo, Alberto Antognelli

Vi vorrei parlare del Professor Seppilli come allieva di come mi ha coinvolto nel suo lavoro da pioniere sia nei principi sociali e culturali che hanno connotato la stessa riforma e lo sviluppo democratico della comunità.
Incontrai Alessandro Seppilli venendo dall'Università di Roma Facoltà di Medicina dopo la seconda guerra mondiale e fui molto interessata alle sue impostazioni in merito alla apertura, alla formazione del cittadino, vale a dire all`educazione sanitaria che si stava lanciando a Perugia, come base del benessere della persona nel servizio sanitario Nazionale che riconosce la centralità dell'individuo. Infatti la sua definizione chiarificatrice di salute del Professor Seppilli è la seguente: "La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale…" (A.Seppilli, 1966). Su questa frase, si articola l'impostazione politica e scientifica delle basi del servizio sanitario nazionale.
Notevole, come abbiamo già prima ricordato, il contributo di Alessandro Seppilli alla politica sanitaria del Paese, un vero, lungo percorso guidato da quelle sue"utopie concrete": un limpido chiarimento di un azione nel processo alle radici del Servizio sanitario nazionale.
Radici che troviamo connotate nelle caratteristiche stesse di Alessandro Seppilli, nella Sua attività di docente e di ricercatore e nel suo impegno politico democratico, che si esprime in modo compiuto nella sua impostazione della riforma sanitaria:
"La riforma sanitaria - egli scrive- è stata concepita come uno strumento politico verso una maggiore democrazia".

Con l'augurio che i nuovi operatori nell'ambito del SSN approfondiscano a seconda dei tempi che corrono facendo tesoro di queste perle culturali del Professore Seppilli.

Maria Antonia Modolo
già Professore Ordinario di Igiene,
Università degli Studi di Perugia

Alberto Antognelli
Università degli Studi di Perugia

Un maestro di concrete utopie

"DA LA SALUTE UMANA", 133, 1995

Quando queste parole saranno lette, la morte di Alessandro Seppilli sarà nota da tempo, il messaggio essendo stato ampiamente diffuso. Ma noi dobbiamo ritornare a parlare di quest'uomo, proprio nella particolare temperie in cui versa il nostro mondo di persone che hanno a cuore la salute e si occupano di problemi sanitari. Per richiamare alla mente di tutti il messaggio che Egli ci ha trasmesso e riproporlo a quanti, specie i componenti della schiera più giovane, non ebbero l'occasione di incontrarLo e di ascoltarLo di persona.

Non è facile un discorso su un grande uomo, per il rischio di cadere nel facile trabocchetto della retorica e dell'eccesso enfatico – e per evitare ciò – di scivolare nel banale e nel semplicistico, perchè non c'è dubbio alcuno che Egli fu un grande uomo, in tutti i vari settori nei quali applicò il suo ingegno e la sua opera.

Il suo primo e maggiore impegno fu senza dubbio quello di insegnante, anche se i più lo ricordano forse per i suoi contributi nel campo della ricerca applicata all'Igiene ed in quello della costruzione del servizio sanitario, o in quello dell'educazione sanitaria, dove senza dubbio, ha riversato il più alto quantitativo di energia, dalla sua maturità agli ultimi giorni di vita. E come maestro, soprattutto, credo debba essere visto Seppilli, non solo docente d'Igiene, bensì di una grande articolazione di insegnamenti che ruotano tutti attorno ad un nucleo centrale – che Egli è andato via via affinando e chiarendo in tutta la sua produzione letteraria e materiale – e che conducono tutti ad uno stesso fine. Liberare l'uomo dalla schiavitù della malattia e della sofferenza, dalla subordinazione e dal servaggio dovuti all'ignoranza e al pregiudizio, renderlo arbitro autonomo delle scelte relative alla sua salute: questo era l'insegnamento che Seppilli impartiva e per il quale ha elaborato le strategie teoriche e i disegni operativi. In questo senso ha progressivamente rielaborato la materia dell'Igiene, conservando di essa il nucleo meno tecnicistico e quella parte più vicina all'intervento sull'uomo.

Lavorando sempre attorno a grandi Utopie ma concrete, praticabili, realizzabili, anche se quasi sempre controcorrente rispetto ai suoi contemporanei, anticipatore di eventi che si sarebbero poi visti regolarmente accadere in tempi più o meno lunghi. Vogliamo qui ricordarLo solo per questa parte del suo lavoro nella quale Egli fu certo più originale antesignano, percorrendo una strada assolutamente innovativa, avviata da un altro grande maestro dell'Igiene, il Celli, della cui opera Seppilli si considerava continuatore. Lo troviamo nei primi anni cinquanta a organizzare le prime strutture di volontariato per la promozione dell'Educazione Sanitaria: l'Unione Internazionale e il Comitato Italiano. Ed a Perugia, assieme a un medico provinciale, dare vita al Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria e alle riviste "Educazione Sanitaria" e "La Salute Umana", poveri e modesti strumenti che avrebbero poi dato luogo a uno sviluppo allora inimmaginabile, ma del quale Seppilli ebbe chiarezza fin da subito, tanto da non abbandonarli più. E quando, almeno in linea di principio, l'uomo trovò finalmente collocazione al centro dei processi di salute e di malattia e l'Educazione Sanitaria venne riconosciuta come normale strumento di lavoro nei servizi e nella scuola, assunta da numerose organizzazioni di volontariato, Egli ampliò ulteriormente gli orizzonti della sua proposta. Il Presidente del Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria – divenuto per sua volontà onorario – passava ad altri il testimone per iniziare ad arare un nuovo terreno d'intervento, sviluppando il modello olistico da sempre perseguito: promuovere la salute attraverso la realizzazione di un processo complessivo e generalizzato di "Cultura della salute", da affidare all'intera società, non più al solo mondo sanitario, incapace da solo di provvedervi. E in ciò profuse le sue ultime energie, chiamando a raccolta i suoi più vicini collaboratori.

E una volta di più, quasi novantenne, Lo troviamo ancora impegnato nella Fondazione "Angelo Celli per una cultura della salute", un'ultima creatura cui affidare tangibilmente la sua eredità morale e materiale, con la quale proseguire la Sua opera e realizzare il Suo pensiero, saldando il cerchio aperto nei primi del novecento dall'Igienista di Cagli.

Questo è l'insegnamento che ci viene da Seppilli, immaginare Utopie, impegnarsi per realizzarle, credere fortemente nelle possibilità dell'uomo impegnato nel sociale, nella supremazia – dell'interesse collettivo rispetto al particolare. Mai messaggio fu più pregno di attualità e di modernità, carico di valenza politica, come in ogni momento è stato ciò che Seppilli ha comunicato nel corso della sua lunga vita. In modo semplice e piano, chiaro e comprensibile per tutti, come era sua abitudine: pacatamente ma con grande incisività.

Da grande maestro, appunto.

Lamberto Briziarelli
già Professore Ordinario di Igiene,
Università degli Studi di Perugia

Dossier

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria *Parte I*

Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti

John Q - Nick Cassavetes 2002

I prodromi

Siamo sostanzialmente convinti di poter rivendicare per la nostra regione una sorta di primazia per l'avvio della riforma sanitaria; per tutto un ventennio ed oltre l'Umbria fu percorsa da una diffusa agitazione, una vera fibrillazione per usare un termine medico molto ben comprensibile che interessava ogni parte del territorio regionale. Un'ansia riformatrice, volontà di ricostruire il paese con forme nuove e progressiste.Si era venuto creando un particolare clima socio-politico sostenuto da tutti i comparti del vivere civile che coinvolgeva l'intero corpo sociale. Un periodo felice di forte crescita, culturale e politica, foriero di positivi sviluppi sul terreno della democrazia e della coscienza civile, per lo sviluppo dei corpi intermedi di collegamento fra la popolazione e le istituzioni.

Nelle scuole e nelle Università, nelle fabbriche e nelle campagne, nei quartieri si muovevano movimenti per sostenere migliori condizioni abitative e di lavoro, una migliore assistenza sanitaria, il diritto allo studio: scuola, sanità, casa, sicurezza erano le parole d'ordine ricorrenti. Temi sui quali alcune rivendicazioni erano iniziate già verso la metà degli anni cinquanta; vale la pena di ricordare le cinque giornate di fermata del lavoro nelle acciaierie di Terni , a seguito delle quali fu siglato un accordo aziendale per migliori condizioni di lavoro.

Le istituzioni locali, Comuni e Province mettevano mano a un processo di riordino dei servizi ed alla creazione di nuovi. Fiorelli e Mauri a Terni, Rasimelli e Gambuli a Perugia misero in piedi riforme significative delle strutture dedicate alla salute mentale, con la riforma degli ospedali psichiatrici e per la tutela della salute dei lavoratori. Il Comune di Perugia, sindaco Seppilli, riordinò profondamente i servizi comunali di Igiene ed organizzò scambi culturali e viaggi di studio a Bratislava, in Cecoslovacchia, per studiare l'organizzazione dei servizi sanitari territoriali; la provincia di Terni con i sindacati confederali FIOM e FULC inviò una delegazione di operai e tecnici a Postdam, nella RDT per conoscere i servizi sanitari comuni alle fabbriche ed al territorio nella regione del Brandeburgo.

I sindacati, a partire dal famoso congresso della CGIL a Genova (1960) nel quale fu iniziato un vero discorso rivendicativo sulla sanità e la sicurezza nel lavoro e da quello di Rimini poi, sotto la guida intelligente di Conti (poi indimenticato presidente della Giunta Regionale), e poi Trepiedi, Pomini, Spinelli, i segretari regionali che realizzarono una vera unità sindacale ante litteram di CGIL, CISL e UIL. Iniziò un'intensa attività nella fabbriche delle aree più importanti della regione, con i Consigli di Fabbrica della Terni, del Polo chimico, dalla Ellesse e della Perugina, della Nardi, delle Officine Grandi Riparazioni e della Conceria a Foligno, del Cotonificio di Spoleto, del Colorificio a Cannara, della Sirci a Gubbio, per ricordare solo quelli più importanti. I consigli di fabbrica interagivano spesso con i consigli di quartiere laddove le lavorazioni erano fonte di inquinamento ambientale.

I tre Patronati Inca, Inas, Ital misero in piedi un gruppo di lavoro comune nel quale operavano medici dei servizi e dell'Università per intervenire nelle fabbriche a sostegno dell'azione delle rappresentanze sindacali e nelle vertenze di lavoro, organizzando anche attività formative dei lavoratori coinvolti nei consigli di fabbrica.

Nell'Università l'Istituto di Igiene, guidato da Alessandro Seppilli, sviluppò

un'intensa attività di collaborazione con le istituzioni ed i vari movimenti sui temi della riforma della sanità e della scuola, nella quale furono coinvolti numerosi docenti di altri istituti universitari, delle Facoltà di Lettere, Scienze politiche ed Economia.
L'aula magna di Via del Giochetto per numerosi anni fu teatro delle riunioni di docenti e personale non docente impegnati nel dibattito sulla riforma universitaria; la stanza dei seminari era la sede principale delle riunioni dei comitati studenteschi
Da tutte queste attività furono poste fondamenta strutturali ed organizzative a vari livelli della struttura culturale ed operativa dell'intera regione
I Comuni più importanti organizzarono Uffici comunali di Igiene e Servizi di medicina scolastica, sull'esempio di quelli di Perugia e Terni, in stretta collaborazione con le condotte mediche, veterinarie ed ostetriche. In collegamento con questi, nel comune di Perugia, furono create le Assistenti sanitarie di zona, modello antesignano dei futuri consorzi socio-sanitari fra Comuni e dei distretti di base delle future USL. Da segnalare il Consorzio di medicina scolastica istituito dal Comune di Foligno.
Province e Comuni principali costituirono l'IRES (Istituto di Ricerche Economiche e Sociali) per compiere studi e ricerche per il futuro Piano di sviluppo della Regione e successivamente il Centro Regionale per il Piano di Sviluppo Economico.
Le Province, sulla scorta della legge sui Centri per le malattie sociali, misero mano ad un considerevole riordino e sviluppo dei Laboratori Provinciali di Igiene e dei Consorzi antitubercolari, e dettero vita ai primi consultori familiari (meritoria l'opera della dr.ssa Francesca Adami e delle ostetriche comunali). Nel comune di Perugia fu avviata così dall'Ufficiale sanitario Perari anche una concreta attività di prevenzione del cancro della cervice uterina, cui collaborò attivamente l'équipe del Centro Sperimentale di educazione sanitaria.
I CPA di Terni e Perugia avviarono la profilassi della TBC mediante l'esecuzione di schermografie mobili nelle scuole e fra la popolazione generale, preceduta da un'intensa campagna informativa ed educativa della popolazione sempre in collaborazione con il CSES.
Sul territorio della regione geografica, i Comuni dettero vita alla costituzione di Consorzi, sedi di attivazione e discussione progettuale con le comunità locali, Si era creato il presupposto per la suddivisione territoriale delle USL.

La via della Riforma

Si era venuto formando così un ambiente in cui l'esigenza di una riforma della sanità si faceva sempre più forte e l'Istituto di Igiene risultò essere il fulcro del sistema.
La leva era senza dubbio Seppilli, educatore, politico, ricercatore. *Maestro di concrete utopie*, come fu definito da uno di noi nel ricordarlo in un volume voluto dall'Accademia della Facoltà di Medicina. Giunto a Perugia nel 1948, reintegrato nel suo ruolo di professore universitario dopo il forzato esilio imposto dalle leggi razionali del 1938, aveva iniziato la sua attività di docente in modo del tutto originale, mescolando all'interno dell'Istituto da Lui diretto, in modo del tutto originale e collaborativo, la tradizione e il nuovo, integrando significativamente ricerca e insegnamento e mettendole entrambe in relazione con il contesto sociale e la popolazione.

La tradizione e il nuovo

Alla Microbiologia e Igiene del suolo e abitato, Chimica e fisica applicate (tradizionale campo dell'Igiene classica) aggiunge presto una forte attenzione al sociale, tanto che l'Istituto era identificato come quello delle "quattro F" (Fluoro, Fumo, Freddo, Famiglia) e in più Educazione sanitaria, Programmazione e organizzazione sanitaria, Statistica sanitaria, embrione dell'epidemiologia, che diventeranno altri punti di forza delle sue attività future.
In questi due ambiti innovativi si avevano precisi riferimenti storico-politici negli anni: la prima legge sanitaria (Crispi-Pagliani del 1888, regolamento applicativo del 1901); l'operato degli Igienisti Celli e Crudeli; il T.U.LL.SS. del 1934 e le sue istituzioni fondamentali, l'Ufficio comunale di Igiene e la Condotta medica. Assieme alle disposizioni dell'OMS, all'UIES, appena fondata a Ginevra nel 1951, al Servizio sanitario inglese di Attlee e Beveridge, erano questi i temi su cui fummo istruiti e fatti lavorare all'interno dell'Istituto. Va ricordato che il Comitato di liberazione del nord Ovest (presieduto da Augusto Giovanardi) aveva tracciato un primissimo modello di SSN ed il convegno di san Pellegrino aveva indicato la strada su cui operare.
Molto importante l'attività della Scuola di specializzazione, che divenne la fucina della sanità pubblica, da cui uscirono i futuri Ufficiali sanitari dei comuni e Direttori USL, Aziende ed ospedali, della nostra e di altre regioni. Tutte le principali città umbre ebbero uffici comunali di Igiene diretti da validissimi ufficiali sanitari
Nell'ambito dell'Istituto di Igiene, oltre ai settori tradizionali per la programmazione ed organizzazione sanitaria si

crearono due specifici gruppi di lavoro, tutti impegnati in ricerche e studi preparatori sui diversi temi del futuro servizio sanitario, che troveranno esplicitazione in numerose attività convegnistiche e pubblicazioni a stampa.
Per acquisire documentazione diretta delle realtà di altri Paesi con servizi sanitari significativi, furono compiuti diversi viaggi di studio in Gran Bretagna, URSS, Jugoslavia, Cecoslovacchia da parte dello stesso Seppilli e di tutti i principali collaborator (Modolo, Mori, Barro, Briziarelli, Mastrandrea, Menichetti). Sulla base dei rapporti delle esperienze rilevate furono impostate le scelte per l'assetto organizzativo della USL e delle sue articolazioni interne.

Attività promozionali

L'Istituto tutto, Seppilli in testa, si impegnò intensamente in attività promozionali per la attuazione della riforma sanitaria, creando una fitta rete di rapporti in molte regioni e partecipando a incontri in sedi diverse, accademiche, professionali, ordinistiche, politiche, sindacali. A livello centrale sono stabiliti solidi rapporti con Giovanni Berlinguer, Severino Delogu, Giancarlo Bruni, Luigi Mariotti, rappresentanti per lo specifico settore della sanità del PCI della DC e del PSI. Importanti contatti con numerosi professionisti impegnati, come Angeletti, Cennamo, Cappelli, Gambassini, Nicoletti, Principe, Rosaia, con i quali si costituì un insieme di attivisti che giravano l'Italia propagandando le idee per la riforma. Subendo anche duri attacchi in diverse parti del Paese. Un rapporto particolare, mediato soprattutto da Seppilli, fu stabilito con l'associazione dei medici condotti, a livello nazionale e locale, che appoggiarono le idee della scuola perugina; al contrario, l'organizzazione dei medici generici, la FIMMG, fu una forte oppositrice della riforma, attraverso lo slogan di una presunta impiegatizzazione del medico.
L'attività promozionale si estrinsecò anche in numerose manifestazioni ufficiali, Congressi. Convegni, Seminari, incontri di lavoro che si svolsero non solo a Perugia, ma anche in altre regioni. In essi si registrò un fenomeno rilevante, una mescolanza di ricercatori e operatori sanitari, politici, esperti, amministratori, sindacalisti, non solo nei dibattiti, ma nella comune preparazione delle relazioni principali. In questo ambito si realizzò un rapporto importante con l'Istituto di Igiene dell'Università di Milano, diretto da Giovanardi

John Q - Nick Cassavetes 2002

che aveva compito un processo di studi e ricerche simile a quello di Perugia.
Di essi rimane il segno tangibile in numerose pubblicazioni.

La Commissione Nazionale e la L.833

Nel 1967, fu istituita dal Consiglio Superiore di Sanità la Commissione nazionale per lo studio della riforma sanitaria, nella quale erano riuniti i maggiori esperti della materia e coloro che avevano avuto un ruolo attivo in quegli anni, assieme a politici dei partiti dell'arco costituzionale. In essa Alessandro Seppilli ebbe un ruolo preminente, quello di presidente, tanto che il consesso fu spesso indicato con il suo nome. Essa terminò i lavori nei primi anni settanta, rimettendo un ponderoso rapporto definitivo, da cui scaturirono in Parlamento diversi progetti di legge. Cinque di essi furono sintetizzati in un unico testo che avrebbe dovuto essere approvato nel 1977 ma che invece trovò sanzione definitiva solo il 21 dicembre dell'anno successivo, pubblicato in Gazzetta con la data del 23 e n.833. Esso fu approvato con una larghissima maggioranza e solo circa settanta contrari. Era Ministro della sanità l'on. Tina Anselmi, una grande donna reduce della resistenza. Ma il Governo entrò improvvisamente in crisi e, ironia della sorte, divenne Ministro della sanità un parlamentare del partito che aveva votato contro la legge di riforma del SSN.

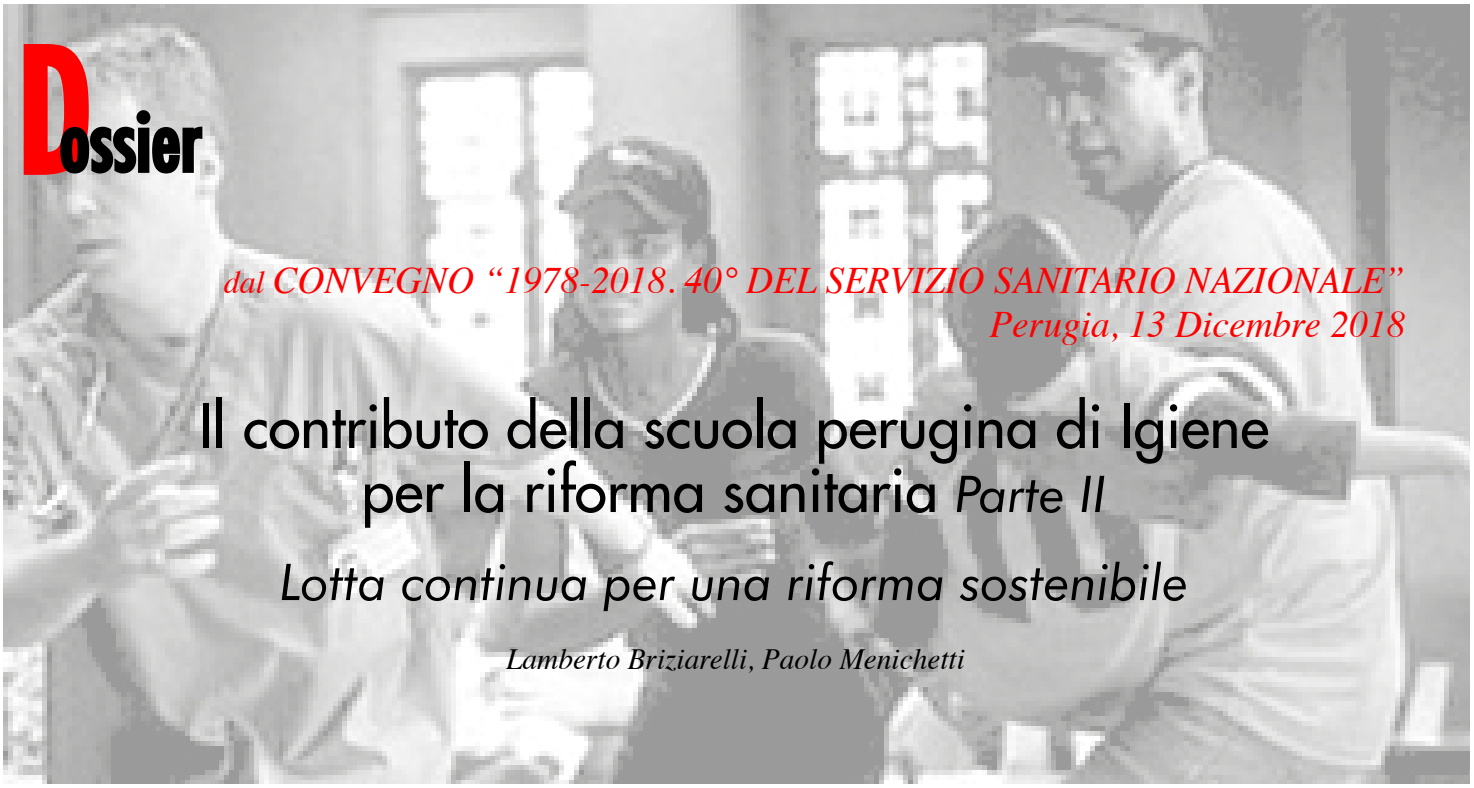
Indicazioni, allarmi e richiami, poco ascoltati

Dopo la conclusione dei lavori della Commissione per la Riforma, nelle more per la preparazione del DDL attuativo, Seppilli e coll. iniziarono a monitorare l'andamento ed a fornire indicazioni relative agli allontanamenti dai contenuti nel documento finale.
Un primo lungo testo fu pubblicato già nel 1972, nel quale si ribadivano tutti i lineamenti del documento della Commissione e poi nel 1976 una seconda edizione dello stesso testo, rinnovato alla luce dei lavori parlamentari, metteva chiaramente in evidenza tutti gli elementi negativi contenuti nel DDL, in ordine in particolare agli aspetti gestionali delle USL, al loro funzionamento, ai rapporti con la popolazione, alla garanzia della sua partecipazione. Ulteriori chiarimenti furono poi presentati nel 1978, rispetto al testo definitivo che fu poi approvato nel dicembre di quell'anno. E Seppilli intervenne direttamente ancora nel 1979, 1981, 1983, parlando senza mezzi termini di "Patologia del SSN".
Nel 1983, in accordo con l'Assessore regionale umbro Lorenzini, venne convocata a Todi un'assise che si ripeté per tre anni, "I padri della riforma si interrogano", nella quale membri della Commissione per la riforma e numerosi esperti nazionali e locali dibatterono sull'andamento del servizio sanitario in gestazione e in parte nato, fornendo indicazioni e suggerimenti per il suo ulteriore sviluppo. Suggerimenti quasi del tutto inascoltati tanto che nel 1990, la Fondazione Celli e l'Assessore regionale Guidi convocarono un ulteriore incontro a Todi ("Quale riforma stiamo preparando") di fronte alla predisposizione di atti normativi del Governo (che vedranno la luce poi nel 1992), in cui molti degli stessi presenti a Todi nei tre anni sopra detti denunciavano in un lungo documento i rischi di provocare una seconda Riforma sanitaria, decisamente peggiorativa di quella approvata con la 833.
Numerosi altri richiami si susseguirono, fra i quali segnaliamo a Perugia quelli del 2005, in occasione del decennale della scomparsa di Seppilli e del 2011, in un convegno per celebrare il 150° dell'Unità d'Italia.
Alla luce degli eventi successivi all' approvazione della L. 833 possiamo affermare, ripetendo ancora oggi ciò che fu detto più volte, che in realtà la vera riforma dettata dalla 833 non era mai pienamente avvenuta. A cominciare dagli anni immediatamente successivi, quando divenne ministro delle Sanità un membro di un partito che in Parlamento aveva votato contro la legge. Ma soprattutto si manifestava nell'intero Paese un' inerzia incredibile nel portare avanti le realizzazioni previste, come la costruzione delle USL, con la permanenza, in larga parte del mezzogiorno delle strutture provvisorie che avevano sostituito le mutue (SAUB), la mancata fiscalizzazione degli oneri ed il mantenimento del sistema assicurativo di finanziamento del servizio sanitario.

Lamberto Briziarelli
già Professore Ordinario di Igiene,
Università degli Studi di Perugia

Paolo Menichetti
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva,
già Direttore Generale ASL Firenze
e AO Ancona

Dossier



dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria *Parte II*

Lotta continua per una riforma sostenibile

Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti

John Q - Nick Cassavetes 2002

Un clima politico positivo, l'impegno delle istituzioni locali e delle organizzazioni sindacali, il lavoro di studiosi aperti e lungimiranti furono le condizioni di contesto che favorirono la nascita del Servizio Sanitario Nazionale. Ma, nel momento in cui appare necessario ed urgente salvaguardare e rilanciare i valori, i principi fondanti della L. 833/1978, tale contesto appare assai diverso e - a prima vista - sconfortante. Vediamo perché.

Il clima politico è - come facilmente tutti possono constatare - tutt'altro che positivo. Litigiosità e divisione tra le forze politiche (maggioranza e opposizione, ma anche nella stessa maggioranza); privilegio per i proclami propagandistici, piuttosto che per le riflessioni ponderate sui problemi; audience a posizioni superficiali e antiscientifiche, anche su temi che sembrerebbero semplici da trattare, nella loro indiscutibilità (clamoroso il caso delle vaccinazioni!): sono tutti fattori che non depongono a favore di una seria discussione sul nostro sistema di welfare e sulla nostra organizzazione sanitaria.

Rispetto a quest'ultima, le posizioni recentemente espresse in sede ministeriale - e governativa in generale - sono altalenanti tra una generica accettazione del concetto dell'universalismo e della natura pubblica del sistema ed uno spazio sempre maggiore alle "sirene" della insostenibilità della spesa sanitaria per le finanze pubbliche ed anche della necessità di accentuare il ruolo del "secondo pilastro", quello assicurativo. Ci si rallegra, certo per la ribadita buona performance dell'Italia nelle classifiche internazionali sui sistemi sanitari ma- al contempo- si assiste alla doccia scozzese delle dichiarazioni di esponenti governativi: il Ministro della Salute dice "più risorse!"; un Vice-Presidente del Consiglio tuona che "nemmeno un euro della sanità verrà toccato"; ma l'altro Vice-Presidente del Consiglio parla di tagli al sistema sanitario; e la "flat-tax", che non va certo nella direzione dell'universalismo, è solo accantonata; il Ministro dell'Economia (e non solo lui…) paventa tagli alle spese, in caso di problemi con l'Europa.

Del resto, assai limitato appare l'impegno delle istituzioni regionali e locali, dei sindacati. Anzi, va sottolineata con preoccupazione l' ampia tendenza delle Regioni a chiedere maggiore autonomia in campo sanitario, richiesta che pare trovare accoglimento in una parte del Governo: con il concretizzarsi di tale orientamento, si determinerebbe la frattura definitiva in due del Paese, con Regioni (nel Nord e nel Centro) con un funzionamento ed un finanziamento più efficienti ed efficaci, ed altre (il Sud!) con difficoltà anche superiori a quelle attuali.

C'è da chiedersi se vale la pena, soltanto per inseguire l'andazzo del federalismo populista, frantumare l'unitarietà del sistema sanitario pubblico, trasformandolo in tanti sistemini regionali diversi e - magari - incomunicabili!

Ma è il caso di porsi anche un'altra domanda: risponde al vero l'affermazione che la nostra spesa sanitaria non sia sostenibile per le finanze pubbliche e che sia necessario allargare l'ambito della presenza delle assicurazioni?

Il nostro Paese spende per la salute meno di quasi tutti gli altri Paesi OCSE,

in termini di percentuale sul PIL; anche l'incremento della spesa sanitaria nel tempo è molto più modesto di quello di altri Paesi. Un bel libro di Marco Geddes da Filicaia ("La salute sostenibile", ed. Il pensiero Scientifico, 2018) dimostra scientificamente tali situazioni, con dati e confronti inoppugnabili.

E' chiaro, dunque, che la nostra spesa sanitaria, e l'incremento di essa, sono in sostanziale equilibrio.

Così come è chiaro che le inefficienze del sistema non sono le cause uniche, né quelle prevalenti delle nuove necessità di spesa sanitaria.

Sono le esigenze, i bisogni, che crescono: è il benessere che cresce, con i suoi nuovi equilibri. Bisogna convincersi che è impossibile comprimere i costi dei servizi alla persona.

Geddes, nel suo libro, dimostra ampiamente la inconsistenza delle posizioni che caldeggiano l'allargamento della presenza assicurativa quale panacea per le finanze sanitarie italiana: infatti, è noto che le assicurazioni si guardano bene dal proteggere il segmento più debole della nostra società, quello degli anziani e dei grandi anziani, che è proprio quello per il quale oggi ed in prospettiva sono più necessarie risorse ulteriori per far fronte ai bisogni di salute.

Dunque, almeno sul versante scientifico, degli studiosi e degli operatori più aperti, qualcosa si muove!

Allora, possiamo proporci che proprio qui, anche da noi, in Umbria, si lavori per una ripartenza, per una nuova stagione di studi, di ricerche di impegno tendenti a rilanciare i principi della Legge 833/1978.

L'universalismo, innanzi tutto: il diritto di tutti alla difesa ed alla promozione della salute; il dovere di tutti a partecipare al finanziamento dei servizi, con una fiscalità generale progressiva ed equa.

La riaffermazione delle "3P" come principi ispiratori del nostro sistema sanitario:

- la partecipazione dei cittadini, anche attraverso i loro rappresentanti nelle istituzioni locali;
- la programmazione dei servizi, quale metodologia che impedisca sprechi e duplicazioni e favorisca l'appropriatezza. Su di essa, anche Geddes, nel libro citato, si sofferma, calcolando nel 22% i minori costi possibili per il sistema derivanti da una "manutenzione con il cacciavite", fatta di tantissimi piccoli momenti di maggiore attenzione da parte degli operatori, puntando sulla medicina di base, ed anche dei cittadini.
- ma, soprattutto, la prevenzione!

E' indiscutibile che si debba puntare a fronteggiare bisogni di salute crescenti non limitandosi a ridurre l'incidenza delle malattie più diffuse e - dunque "costose"-, ma lavorando per eliminarle alla radice, impedendone al massimo l'insorgenza.

E ciò si può realizzare solo parzialmente utilizzando i servizi sanitari, che comunque vanno fatti funzionare al meglio, nonché rintuzzando le crescenti lusinghe della medicina preventiva che possiamo definire "mercantile" (pacchetti assicurativi, addirittura offerte su Groupon).

Quello che serve davvero è una società capace di scegliere e praticare la sostenibilità culturale e politica complessiva, che ponga l'attenzione sui determinanti di salute ed intervenga strutturalmente su di essi, per ottenere la riduzione dei bisogni di salute.

E' un discorso più volte affrontato da parte della scienza più attenta, ma che non trova ancora adeguato ascolto nella politica, nei suoi livelli decisionali, molto più propensi a fare scelte di impatto mediatico ed elettorale a breve termine che ad investire in programmi a lungo termine, anche se ambiziosi.

Prevenzione.

Una parola-chiave, che potrebbe essere utilizzata anche per dare un po' di sostanza ad un annuncio che appare meramente propagandistico, come il reddito di cittadinanza. Si pensi alla possibilità di individuare le numerosissime occasioni di lavoro, nuove ed aggiuntive, per realizzare un programma di prevenzione delle malattie.

E programmi di prevenzione dovrebbero riguardare i dissesti idro-geologici; il rischio sismico; e nuove necessità di lavoro potrebbero individuarsi in programmi di realizzazione di infrastrutture e trasporti moderni e rispettosi dell'ambiente, nonché nell' incentivazione di stili di vita adeguati.

Ecco che, allora, un provvedimento assistenziale potrebbe assumere significato diverso, divenendo "lavoro di cittadinanza" e traguardando alla piena e buona occupazione.

Ma si potrebbe (meglio forse dovrebbe) andare anche oltre riprendendo in considerazione il discorso - che sembra dimenticato - dei beni comuni, coniugando la salute con i suoi determinanti ambientali e sociali, materiali ma anche immateriali, come la cultura il sapere, le previdenza, la previsione. Riproponendo il discorso sull'integrazione, sulla globalità, sulla separatezza.

L'iniziativa della SItI Umbria, che siamo onorati di aver presieduto nel passato, è dunque occasione provvida per ricordare un genetliaco, quello della Legge 833/1978; ma anche per trasmettere un messaggio di speranza e di impegno, a noi operatori, innanzi tutto ed alle nostre istituzioni regionale e locali,

alle forze sociali.
Occorre un nuovo patto per la salute, fondato sull'appropriatezza, per garantire eguaglianza, solidarietà, equità al sistema sanitario: proponiamolo dall'Umbria, come cinquant'anni fa fu possibile a Seppilli.
Noi, più anziani, lasciamo il testimone a coloro che potranno, avendo tempo di fronte a loro, lavorare concretamente in questa direzione.

Lamberto Briziarelli
già Professore Ordinario di Igiene,
Università degli Studi di Perugia

Paolo Menichetti
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva,
già Direttore Generale ASL Firenze
e AO Ancona

John Q - Nick Cassavetes 2002

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Un'analisi di 40 anni di sanità pubblica italiana in un'ottica sociologica

Roberto Segatori

The Spirit of '45 - Ken Loach 2013

La Riforma sanitaria del 1978 rappresenta indubbiamente una conquista di civiltà in quanto introduce un impianto universalistico, e sostanzialmente più equo, nel godimento del diritto alla salute. Ciò non toglie che dalla sua introduzione essa si sia dovuta misurare con numerosi problemi, distorsioni e riadattamenti. Vediamone di seguito una sintesi.

La Riforma viene introdotta nel momento di declino del cosiddetto Trentennio Glorioso (1945-1975) e in concomitanza con le due crisi petrolifere che minano l'economia nazionale e la disponibilità di risorse pubbliche. Paradossalmente queste crisi si collocano all'apice di un periodo in cui si assiste all'affermazione dei welfare universalistici sul modello Beveridge, quando si pensava che tali modelli avrebbero ormai costituito il sistema di protezione sociale del futuro.

Dal brusco e quasi immediato ridimensionamento delle risorse disponibili nascono le prime distorsioni. L'affidamento iniziale della gestione delle USL a rappresentanti dei Comuni, pur garantendo un criterio di controllo democratico dal basso, finisce con il caricare i presidi sanitari di finalità improprie (tra cui quella di produrre una parte dell'indotto economico locale) e con il privilegiare la fidelizzazione politica rispetto alla competenza manageriale. La carente educazione sanitaria fa sì che in una prima fase gli utenti, d'accordo con i medici di base, procedano in taluni casi ad impropri accaparramenti di farmaci con notevole spreco di risorse pubbliche. Altri numerosi sprechi sono connessi alla estrema parcellizzazione degli acquisti di materiale sanitario e dai rimborsi a piè di lista.

A tali distorsioni seguono i primi adattamenti: negli anni novanta vengono approvati i Decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993 (riforma sanitaria bis) e quindi il 229 del 1999 (riforma Bindi o riforma sanitaria ter) e si avvia il processo di aziendalizzazione. L'aziendalizzazione non risolve il problema della prevalenza dei criteri di fidelizzazione politica dei manager rispetto ai criteri professionali in senso stretto. Da altre dinamiche nascono inoltre altri problemi: i medici ospedalieri contestano l'idea dei trattamenti economici indifferenziati; d'altro canto i pazienti vogliono poter scegliere gli specialisti più graditi. Viene quindi introdotta l'attività intra-moenia. Ma essa rimette sostanzialmente in discussione il criterio dell'equità dei trattamenti sanitari.

C'è poi un'altra questione di tipo strutturale: la sanità è di fatto - naturaliter - un settore di spesa sempre più inflattivo per la trasformazione di un circolo virtuoso in un circolo vizioso da un punto di vista economico. Il principale indicatore del suo successo è infatti costituito dall'allungamento della vita delle persone. Ma più le persone diventano anziane e più, per consumo di farmaci e malattie croniche, accrescono i costi del sistema sanitario. Un modo parzialmente universalistico di affrontare l'aumento dei costi è consistito nell'introduzione dei ticket sanitari.

In Umbria si registra poi una discrasia che pesa sull'efficacia e sull'efficienza del sistema sanitario regionale: a causa delle resistenze delle comunità locali, il numero degli ospedali resta a lungo

troppo elevato con effetti perversi sulla qualità delle prestazioni erogate. Le Regioni, come appunto l'Umbria, procedono - in maniera molto lenta - alla riconversione di una serie di presidi inadatti ad un ruolo di ospedale dell'emergenza. Adesso, Il DM 70 del 2015 fissa standard più rigidi circa i posti letto e le altre voci dell'assistenza ospedaliera. Ma i fenomeni distorsivi non si fermano qui. Torna infatti ad accentuarsi il divario tra la sanità pubblica, che si preoccupa giustamente degli outcome di salute, e le cliniche private (in continua crescita anche in forma convenzionata), che privilegiano gli output (singoli interventi) contabilizzabili con alti profitti.

Per ultimo: l'invecchiamento della popolazione postula il cambiamento da una medicina delle acuzie ad una medicina della cronicità. Assistiamo al progressivo spostamento (ancorché lento) delle risorse sanitarie dall'ospedale al territorio. Tuttavia, l'opinione pubblica viaggia ancora sull'idea che la sanità coincida con l'ospedale.

In conclusione, a fronte di tanti problemi, cui sono spesso seguiti altrettanti rischi di scelte contraddittorie, è bene ribadire che la salvaguardia di un buon sistema di sanità pubblica - universalistico, equo e attento agli outcome complessivi di salute - necessiti di almeno due condizioni: 1) che il paese ricominci a produrre ricchezza economica; 2) che si mantenga viva la cultura politica che fu all'origine della legge 833 del 1978.

Roberto Segatori
ordinario di Sociologia dei fenomeni politici
e direttore del Dipartimento Istituzioni e
Società dell'Università degli Studi di Perugia

The Spirit of '45 - Ken Loach 2013

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

I cambiamenti ospedalieri nel Sistema Sanitario Nazionale dalla legge 833 del 1978 ad oggi

Silvio Pasqui, Giuseppe Vallesi, Gioia Calagreti, Francesco Di Macio

Ippocrate - Thomas Lilti 2014

Il ruolo del medico ha subito una notevole evoluzione a partire dagli anni successivi al secondo dopoguerra: infatti, precedentemente al '78, la strumentazione sufficiente allo svolgimento delle proprie funzioni poteva essere contenuta all'interno di una semplice borsa (e nelle sue conoscenze ed esperienze). Successivamente, grazie al progresso scientifico e tecnologico, compaiono figure mediche sempre più specialistiche, insieme alla necessaria esigenza di integrazione fra loro e alla progressiva maggiore disponibilità di strumentazioni costose, da utilizzare nel contesto di strutture ospedaliere e non più da parte del singolo medico. Gli ospedali, in questi anni, sono ipertrofici e rappresentano pressoché l'unico riferimento per tutte le esigenze di cura del cittadino; da un punto di vista architettonico, ci troviamo di fronte ad ospedali "a padiglioni" che occupano molta superficie.

Con la legge 833/1978 (la Riforma sanitaria) si introduce una nuova visione, molto chiara, della tutela della salute del cittadino (basata sui concetti di prevenzione-cura-riabilitazione) e del ruolo dell'ospedale, che diventa solo una delle strutture preposte alla cura e deve collaborare con gli altri servizi. Dal testo della legge emerge, quindi, con forza l'indicazione all'integrazione, con una visione anticipatrice dei tempi.
L'articolo 17 della legge 833 afferma, infatti, che "gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle Unità Sanitarie Locali." Sempre l'articolo 17 prosegue introducendo nell'organizzazione sanitaria i dipartimenti: "Le Regioni, nell'ambito della programmazione sanitaria, disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo".
In quegli anni l'architettura prevalente degli ospedali è il "monoblocco", che tende ad occupare meno spazio: l'ospedale lascia spazio agli altri attori della sanità e comincia ad essere vocato alla cura delle acuzie.

A partire dagli anni '80 viene rivolta sempre maggiore attenzione al controllo della degenza media e al numero dei posti letto. Con la legge n. 585 del 1985 si definiscono nuovi principi di organizzazione e programmazione sanitaria che per gli ospedali definiscono questi parametri: dotazione media di 6,5 posti letto per 1.000 ab., di cui almeno l'1% dedicati alla riabilitazione (passati poi a 4,5 posti letto per 1000 ab. nel 2005); tasso medio di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti; tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra 70% e 75%.

La successiva riforma sanitaria avviene con l'aziendalizzazione del SSN (D. Lgs 502/1992) in cui viene data grande attenzione al controllo della spesa, nascono i concetti di valutazione, di accreditamento e viene introdotto il tema della alta specialità con i relativi requi-

siti. Come effetto collaterale dell'aziendalizzazione, si verifica, probabilmente, una ferita al concetto di integrazione: si produce, infatti, una dicotomia e una difficoltà comunicativa tra ospedale e territorio, dovuta anche alla nascita di aziende separate, Aziende Ospedaliere e Azienda USL, che finiscono per competere tra loro. Dal punto di vista architettonico, si osserva una evoluzione del monoblocco, con l'ospedale "a torre" che concentra l'alta specializzazione.

Un altro passaggio fondamentale e recente, nell'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera, è rappresento dal D.M. 70/2015 (Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera). Questa nuova riforma costituisce una corretta traduzione dei principi ispiratori della legge 833 con il ripristino della centralità del cittadino. Il decreto agisce su due fronti, tendendo, da un lato, a favorire la visione dell'ospedale come luogo di gestione dell'acuzie e, dall'altro, a potenziare il territorio e le sue connessioni con l'ospedale; a tal fine:

- definisce la rete delle emergenze-urgenze sulla quale si riordina anche la rete dei presidi ospedalieri sulla base dei rispettivi bacini di utenza;
- stabilisce anche i volumi di attività minimi e massimi per le singole discipline;
- fissa nuovi parametri per le strutture ospedaliere (massimo di 3 posti letto per acuti per 1.000 abitanti, tasso di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital/day surgery, Indice di occupazione posto letto tra 80% e 90%, durata media di degenza inferiore ai 7 giorni)
- promuove poi le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) dei medici di medicina generale, la chirurgia ambulatoriale e i servizi per la gestione del rischio clinico;
- promuove la realizzazione dei percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali.

Volendo riassumere i principali cambiamenti che hanno interessato gli ospedali negli ultimi 40 anni, si può affermare che si è passati dall'ospedale come unica sede di cura per l'intera popolazione, ad ospedale come luogo di cura per i soli casi acuti. Questa nuova concezione ha determinato una riduzione progressiva dei posti letto, con ricoveri più brevi ed aumento del turnover dei pazienti. L'integrazione tra ospedale e territorio è un processo lungo, ancora non del tutto realizzato, ma giusto ed inevitabile. Un altro cambiamento significativo è stato quello dell'aumento della complessità della medicina che si è manifestato con la comparsa di servizi sempre più specializzati, anche grazie ai notevoli progressi tecnologici che hanno contribuito a cambiare il volto dell'assistenza ospedaliera.

E cosa ci dobbiamo aspettare dall'ospedale del futuro?
Il desiderio è che sia:

- pubblico, mantenendo il grande patrimonio lasciatoci dalla 833;
- efficace, prima che efficiente, ricordando che la mission è quella di tutelare la salute della popolazione;
- attento alla umanizzazione delle cure, poiché si ritiene che esigenze del paziente, posto come riferimento centrale, avranno sempre più importanza.

Silvio Pasqui
Direttore Medico
Presidio Ospedaliero Alto Tevere

Giuseppe Vallesi
Dirigente Direzione Medica Presidio
Ospedaliero Alto Tevere, USL Umbria 1

Gioia Calagreti
Dirigente Direzione Medica Presidio
Ospedaliero Alto Tevere, USL Umbria 1

Francesco Di Macio
Scuola di specializzazione
in Igiene e Medicina preventiva,
Università degli studi di Perugia

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Da Unità Locale Socio-sanitaria ad Azienda:

punti chiave delle trasformazioni della Legge 833/78

Pietro Manzi

Caro diario - Nanni Moretti 1993

Da Unità Locale Socio-sanitaria ad Azienda: le trasformazioni della Legge 833/78

Vorrei, per prima cosa, mettere in evidenza gli aspetti sociali che hanno spinto verso la realizzazione della Riforma Sanitaria del 1978. Tra le motivazioni essenziali, da una parte l'onda lunga del boom economico, dall'altra la presenza di un governo di Solidarietà Nazionale. Elenchiamo successivamente le motivazioni tecniche:

- Crisi del sistema mutualistico, non adeguatamente finanziato
- Sistema assicurativo parziale e differenziato
- Normativa precedente lacunosa e confusa
- Pluralità degli erogatori di prestazioni
- Scarsa qualificazione del sistema sanitario
- Squilibri territoriali socio-sanitari nel Paese
- Transizione epidemiologica dalle malattie infettive a quelle croniche multifattoriali
- Necessità/ desiderio di partecipazione dei cittadini alle attività sanitarie

Evidenziamo i principi organizzativi della 833

- I comuni o le comunità montane sono titolari delle attività amministrative
- L'esercizio dell'attività sanitaria viene affidato alla USL
- Le proprietà sono ancora in mano ai Comuni
- Il governo è affidato a due organi l'Assemblea Generale e il Comitato di Gestione
- La USL dispone di un Ufficio di Direzione (organo tecnico)
- Le USSL ricevono i fondi dal Fondo Sanitario Nazionale
- Gli ulteriori dettagli organizzativi vengono demandati alle Regioni

Già dopo l'approvazione della 833 ci sono momenti di crisi: i costi salgono rapidamente al di la delle aspettative, non sono ben individuati i titolari delle decisioni, i piani sanitari nazionali tardano nella loro approvazione governativa – il primo PSN è del 1994 – e i cittadini sono insoddisfatti in relazione alle aspettative generate. Non sono presenti operatori specificamente formati ad una visione globale dell'intervento sanitario. Mancava, e manca tuttora, una Scuola Nazionale di Sanità Pubblica. Due attività vengono costantemente sottostimate: l'epidemiologia - per l'identificazione e la distribuzione delle malattie, ma anche dei bisogni - e la comunicazione per l'ascolto, la partecipazione e la condivisione delle decisioni.
Il legislatore decide la soppressione del Comitato dei garanti e l'attribuzione delle funzioni alla Conferenza dei Sindaci, quindi l'estromissione degli Enti Locali dalla gestione dei soggetti pubblici del SSN e infine sono prodotte le leggi di aziendalizzazione delle USL.

Modifiche normative 1981 - 1993

- 1981 Introduzione dei Ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie
- Legge n.181/1982 istituzione del Collegio dei Revisori

- 1983 Primo blocco delle assunzioni in Sanità
- DPR 748/1982 modificato lo stato giuridico ed economico dei dipendenti
- DL n. 463/1983 convertito con Legge 683/1983 migliore definizione dei Piani Sanitari Nazionali
- 1985 Divieto di costruzione di nuove strutture sanitarie
- Legge n.4/1986 soppressione della Assemblea Generale
- DL n.35/1991 convertito in Legge n.111/1991 estromissione degli Enti Locali dalla gestione dei soggetti pubblici del SSN
- Legge n.412/1991 ristrutturazione della rete ospedaliera
- 1991 aumento dei ticket fino al 60% del costo delle prestazioni
- 1991 introduzione dell'Amministratore Unico
- Legge 423/1993 Soppressione del Comitato dei garanti e attribuzione delle funzioni alla Conferenza dei Sindaci

L'aziendalizzazione

- Legge n.421/1992 Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità
- DLgs n.502/1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art1 della legge 23 Ottobre 1992 n.421 (De Lorenzo)
- DLgs n. 517/1993 Modificazioni al Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n.502 (Garavaglia)
- 1993 Introduzione dei DRG
- DLGS 229/1999 (Bindi) possibilità del sistema misto pubblico-privato ; introduzione dell'intramoenia ed extramoenia
- DPCM 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- 2001 Riforma del Titolo V della Costituzione
- 2004 Progetto Mattoni: programma «Valutazione degli esiti …nell'erogazione dei LEA»
- Patto per la salute 2007-2009 (Turco)
- Patto per la salute 2010-2012 (Fazio)
- Patto per la salute 2014-2016 (Lorenzin)

I principi dell'aziendalizzazione

- Introduzione del Manager quale Direttore Generale, che ha la rappresentanza legale dell'Ente
- Le proprietà passano alla Azienda che è un soggetto giuridico
- Riduzione del numero delle ASL su base provinciale
- Riduzione del numero di ospedali, riconversione dei piccoli ospedali
- Regionalizzazione: più poteri derivanti dalla riforma del Titolo V della Costituzione
- Privatizzazione: possibilità sia per i cittadini che per le ASL di accedere a fondi privati per la gestione della sanità
- Sviluppo del marketing sanitario
- L'organizzazione dell'Azienda è descritta nell'Atto Aziendale

Alcuni aspetti della transizione da evidenziare

- Minore rilevanza della Conferenza dei Sindaci > Maggiore rilevanza della Regione
- Rilevanza variabile dei numerosi stakeholder (Associazioni, Tribunale Diritti del Malato, Società Scientifiche)
- Gli organi di controllo giuridico contabile hanno uno stampo privatistico
- Alcune Regioni attuano politiche di «quasi mercato» (Lombardia)
- I Direttori generali propongono numerose varianti organizzative (atti aziendali, staff, dipartimenti) ma le Regioni tendono a comprimere la variabilità
- Vengono introdotti indicatori per «misurare» la capacità dei Direttori Generali (ruolo variabile ed incostante delle Agenzie Sanitarie Regionali)
- Gli ospedali non vengono coinvolti nelle attività di ricerca che rimane ad appannaggio dell'Università.
- Il territorio si organizza con una struttura a matrice in cui i Dipartimenti transmurali sono essenzialmente il DSM e Dipartimento Dipendenze
- Legge 135/2012 spending review: i costi vengono ben contenuti tanto che Bloomberg nel 2018 ci classifica al 4°posto per efficienza nel mondo

Evoluzione delle aziende sanitarie

Il Dlgs 229/1999 abrogava le indicazioni sui limiti territoriali delle ASL, da qui la diversa organizzazione delle Regioni:

- Marche, Molise, Sardegna: ASL unica
- Toscana: 3 ASL territoriali e 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie
- Lombardia: 5 Agenzie di tutela della salute e 27 ASST (Aziende Socio Sanitare Territoriali) più le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS
- Veneto: 9 Aziende Sanitarie: 2 Aziende Ospedaliere 1 IRCCS
- Emilia Romagna: 7 Aziende Sanitarie 4 Aziende Ospedaliere Universitarie 2 IRCCS
- Lazio: 10 ASL 5 Aziende Ospedaliere Universitarie 3 IRCCS

- Umbria: 2 ASL 2 Aziende Ospedaliere Universitarie

Le variabili che influenzano l'organizzazione

- Interdipendenza dei processi produttivi
- Diversità dell'offerta
- Visibilità sociale e bisogno di legittimazione
- Centralità e complessità della variabile tecnologica nei processi di innovazione

Sviluppo del concetto di autonomia

Con l'aziendalizzazione si sviluppa il concetto di autonomia. Con le novità introdotte dai decreti 512/92 e 517/93 e ribadite dal decreto 229/99, si è riconosciuto ai singoli elementi del sistema (regioni, aziende sanitarie pubbliche e private, Università e istituti di ricerca) il diritto-dovere di definire il proprio ruolo, le proprie strategie di sviluppo, il proprio assetto organizzativo. L'autonomia implica la capacità da parte delle aziende di formulare delle scelte organizzative in funzione di esigenze locali e contingenti (Bergamaschi, 2000).
L'autonomia organizzativa non può essere considerata come un attributo normativo, bensì come il risultato di una reale capacità di elaborazione e di attuazione di scelte.
Di qui la possibilità che, anche dal punto di vista formale, esistano all'interno della stessa regione modelli organizzativi differenziati.

Vincoli che influenzano l'organizzazione

- la tipologia di azienda
- le caratteristiche dell'ambiente
- le strategie aziendali
- la storia organizzativa dell'azienda
- vincoli e i riferimenti normativi

Evoluzione dei modelli organizzativi

Le aziende si sono sviluppate essenzialmente in modo «orizzontale» con i seguenti effetti:
- sproporzione tra le dimensioni del vertice e l'ampiezza della base
- debolezza dei sistemi di integrazione tra il vertice e la base
- forte frammentazione del sistema organizzativo
- autoorganizzazione (più «anarchia» e autonomia)
- impermeabilità delle strutture alle spinte innovative

Con il crescere delle dimensioni delle aziende sanitarie è sempre più necessario Il potenziamento delle funzioni di staff:

- Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione
- Organizzazione e sviluppo risorse umane
- Relazioni sindacali
- Marketing e offerta di servizi a pagamento
- URP e comunicazione esterna
- Qualità dei servizi alberghieri e accesso ai servizi
- VRQ e audit medico
- Informatica e telematica sanitaria
- Gestione tecnologia, bioingegneria e HTA
- Gestione e valorizzazione patrimonio
- Gestione politiche assicurative
- Terziarizzazione servizi e politiche di acquisto
- Programmazione finanziaria e politiche di investimento

Le regole dell'organizzazione

Una grande attenzione viene sempre più rivolta agli strumenti organizzativi del Distretto e delle cure primarie (modello organizzativo a carattere orizzontale):
- posti letto territoriali gestiti da MMG e infermieri
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) garantita da gruppi multidisciplinari
- disponibilità di posti letto in strutture intermedie di riabilitazione e post-acuzie
- protocolli per la dimissione assistita e programmata dall'ospedale
- programmi di dimissione protetta del paziente fragile
- programmi per l'ospedalizzazione domiciliare
- centri di comunità/poliambulatori specialistici (con specialistica ambulatoriale e/o ospedaliera): in evoluzione con AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità di Cure Complesse Primarie)
- rete di assistenza infermieristica collegata con i centri di comunità
- organizzare e orientare l'assistenza territoriale attraverso l'istituzione dei PTA (Punti Territoriali di Assistenza) in Umbria PES (Punti di erogazione di Servizi) e del Punto Unico di Accesso PUA
- impiegare diffusamente soluzioni tecnologiche avanzate: il Fascicolo Sanitario Elettronico e il Patient Summary
- istituire i Punti di Primo Intervento (PPI) orientati alla gestione delle urgenze di basso medio livello, in concomitanza con le strutture intermedie
- integrare la Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) con le strutture intermedie e i PPI

Il Distretto è il centro di questa area di erogazione dei servizi.

Considerazioni conclusive

Il SSN solidaristico ed universale nasce in contrapposizione con le logiche particolaristiche e clientelari del sistema mutualistico. Dopo 40 anni assistiamo ad una inversione di tendenza con spinte sempre più forti al ritorno a un sistema corporativistico basato sul sistema assicurativo.

Si prefigura l'evoluzione di un modello misto a più livelli di copertura, ma manca un sufficiente livello di consapevolezza e una congiuntura politica adeguata ad effettuare scelte decisive.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Terranova F Lineamenti per la costruzione del servizio sanitario nazionale La Nuova Italia Scientifica 1980
- Primicerio B Lineamenti di Diritto Sanitario Pozzi Edizioni 1984
- Lanza V Diritto e legislazione sanitaria Pirola Editore Milano 1989
- Bergamaschi M L'organizzazione nelle aziende sanitarie Mc Graw Hill 2000
- Taroni F Politiche sanitarie in Italia Il Pensiero Scientifico Editore 2011
- Calamo Specchia F Manuale Critico di sanità pubblica Maggioli Editore 2015
- Carnevali G, Manzi P Manuale di governance sanitaria PM edizioni 2017

Pietro Manzi
Direttore Sanitario USL Umbria 2,
Presidente S.It.I. Umbria

Caro diario - Nanni Moretti 1993

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Funzionamento del S.S.N. nell'attuale contesto epidemiologico

Fabrizio Stracci

A Beautiful Mind - Ron Howard 2001

Il contesto in cui il SSN si trova ad operare è determinato dalla demografia e quindi dalla epidemiologia. La piramide delle età è una rappresentazione classica della distribuzione delle popolazioni per sesso ed età, che prese il nome appunto dalla forma piramidale corrispondente ad una prevalenza delle classi d'età giovani nella composizione delle popolazioni. Se osserviamo oggi la distribuzione per classi d'età delle popolazioni occidentali e, in specie, di quella umbra, avremmo con ogni probabilità attribuito al medesimo grafico il nome meno evocativo di botte delle età o addirittura il minareto delle età ad evocare plasticamente la preminenza della componente anziana e molto anziana nella popolazione. Quindi, in un quadro di invecchiamento generale delle popolazioni occidentali, l'Italia - e all'interno dell'Italia l'Umbria - noi, assieme ad alcune aree della Germania, siamo tra le regioni con la maggior prevalenza della popolazione anziana nel mondo e di conseguenza, nostro malgrado forse, siamo gli sperimentatori del futuro. La demografia a sua volta determina un quadro nosologico caratterizzato dalla frequenza delle patologie croniche caratteristiche degli anziani. Se ad esempio consideriamo la frequenza dei tumori maligni, osserviamo un aumento del numero delle persone che ogni anno si ammalano e questo aumento deriva in larga misura dall'invecchiamento della popolazione, dato che la maggior parte dei tumori maligni mostrano un aumento dell'incidenza con l'età. In Umbria a metà degli anni '90 si ammalavano ogni anno circa 5.000 persone (dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione). In anni recenti si contano circa 7.000 nuovi ammalati per anno, con un incremento notevole pari al 40% dei casi iniziali. Inoltre nel corso degli anni la mortalità si è ridotta condizionando per diversi tumori un aumento della prevalenza, cioè del numero delle persone che sopravvivono dopo la diagnosi di cancro. E' evidente che l'aumento del numero delle persone che si ammalano di cancro e delle persone ammalati in trattamento determina un carico assistenziale crescente per il servizio sanitario. In generale, dato che i bisogni sanitari dell'anziano sono maggiori, l'aumento del numero degli anziani comporta una tendenza all'aumento della spesa. Dunque, l'invecchiamento della popolazione e il progresso tecnologico tendono a determinare un aumento del carico assistenziale cui non corrisponde un aumento proporzionale della disponibilità di risorse.

Inoltre il SSN ha assunto nel tempo un assetto caratterizzato dalla preminenza della componente ospedaliera e quindi della capacità di trattare le patologie in fase acuta che non può rispondere in modo efficace ai bisogni sanitari attuali. Ne deriva che è indispensabile un ripensamento dell'organizzazione del SSN dettato dal quadro epidemiologico ed economico. La tendenza all'aumento del numero dei casi e le mutate esigenze sanitarie dei malati affetti da una o più patologie cronico degenerative, che richiedono una presa in carico costante per lunghi periodi di tempo, pongono in crisi un servizio sanitario che si affida precipuamente all'ospedale, ottimizzato per erogare prestazioni complesse in coincidenza di episodi di acuzie. Può essere istruttivo esaminare i

dati epidemiologici relativi alle malattie cardiovascolari, il dato che emerge è la notevole riduzione della mortalità. Questo miglioramento del controllo deriva in parte da interventi di tipo terapeutico e in parte da interventi di tipo preventivo. Questi ultimi hanno almeno in parte contrastato la tendenza all'aumento del numero di casi associata all'invecchiamento della popolazione. Tra gli interventi di prevenzione cardiovascolare, oltre a quelli relativi a fattori comportamentali come la riduzione dell'apporto di grassi saturi con la dieta o del consumo di sale, hanno avuto un ruolo importante quelli di tipo clinico quali il controllo farmacologico dell'ipertensione, il trattamento della fibrillazione atriale, il controllo metabolico nei pazienti diabetici che comunque comportano un impegno da parte del SSN in particolare a carico degli specialisti e dei medici di medicina generale. Grazie allo sviluppo della componente ospedaliera si è ridotta invece la mortalità in fase acuta legata agli eventi cardiovascolari. Questo fenomeno in se positivo ha delle ricadute sul servizio sanitario. Ad esempio, una persona che sopravvive ad un episodio di ictus necessita di una presa in carico e di una cura prolungata per ridurre la disabilità e il rischio di successivi eventi cerebrovascolari. Quindi l'efficacia del trattamento ospedaliero ha generato nuove esigenze che non possono essere soddisfatte dal medesimo ospedale per acuti. Diventa così sempre più pressante la necessità di superare l'"ospedalocentrismo", prevalente al tempo della riforma sanitaria istitutiva del SSN. Tra gli strumenti organizzativi che vengono sviluppati per rispondere al mutato contesto sanitario dobbiamo citare il chronic care model, e le sue successive evoluzioni. Questo modello si basa sul ruolo preminente del sistema delle cure primarie nel controllo delle patologie croniche. Secondo il chronic care model, il sistema delle cure primarie deve essere sviluppato in modo da garantire una presa in carico e un trattamento appropriato per tutti i pazienti cronici, l'interazione efficace tra medico di medicina generale, specialista, ospedale e paziente, la diagnosi tempestiva delle patologie in modo da controllarne l'evoluzione ed evitare le fasi di scompenso. Nel chronic care model è dunque implicito uno spostamento verso la prevenzione anche se per le sue caratteristiche questa variazione riguarda prevalentemente la prevenzione secondaria e gli interventi di prevenzione di tipo clinico, basati sulla somministrazione individuale di test diagnostici e trattamenti medici. Dati positivi derivanti dall'applicazione dei modelli di sanità di iniziativa sono stai pubblicati dalle vicine regioni Toscana ed Emilia-Romagna. Verosimilmente il cambiamento di paradigma necessario alla tenuta del SSN non si può limitare all'investimento nel sistema delle cure primarie ma deve includere interventi di prevenzione efficaci per ridurre il carico di malattia e disabilità e contrastare le tendenze derivanti dall'invecchiamento progressivo della popolazione.

Ricordiamo a questo proposito che la riduzione della mortalità per patologie cardiovascolari deriva anche da interventi di prevenzione e tra questi anche da interventi sulla popolazione generale e non sui gruppi a rischio elevato, anche se non siamo stati altrettanto bravi ad incidere su fattori come il sovrappeso e l'obesità. In generale tra gli interventi di prevenzione, il SSN riesce meglio in quelli di tipo clinico come la vaccinazione o l'esecuzione di screening oncologici. Così per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina e delle patologie associate all'infezione da virus del papilloma, il SSR ha conseguito un eccellente grado controllo a livello mondiale mediante lo screening e, nel prossimo futuro, ci possiamo aspettare un ulteriore miglioramento grazie alla vaccinazione.

Quindi gli interventi di prevenzione - e tra questi gli interventi di natura ambientale come il controllo dei livelli di inquinamento dell'aria da PM2.5 - dovrebbero assumere un ruolo maggiore in futuro in funzione dei risultati che consentono di ottenere e del rapporto tra i costi sostenuti e i benefici conseguiti.

Infine bisogna fare attenzione alla nostra capacità di selezionare gli interventi efficaci in base alla letteratura scientifica e ai sistemi di valutazione sul campo. Non dobbiamo assolutamente assumere aprioristicamente che gli interventi di prevenzione siano per definizione efficaci e portatori di risparmio per il SSN. A questo proposito osserviamo la distribuzione per età di una patologia oncologica in sensibile aumento come il cancro della tiroide. Si osserva una elevata incidenza negli adulti e nel sesso femminile diversamente dalla mortalità che , come per altri tumori maligni, risulta fenomeno prevalentemente dell'anziano. La ragione di questa anomala distribuzione sta prevalentemente se non esclusivamente nella diffusione di esami diagnostici in grado di rilevare lesioni tiroidee di ridotte dimensioni morfologicamente non distinguibili da lesioni clinicamente rilevanti ma con caratteristiche di non progressività. La diagnosi di questo tipo di lesioni rappresenta un fenomeno negativo sia dal punto di vista della salute delle persone sia dell'impegno di risorse del servizio

A Beautiful Mind - Ron Howard 2001

sanitario. Il potenziale di danno derivante da una eccessiva diffusione degli esami diagnostici ecografici in soggetti asintomatici ha trovato evidenza in Corea del Sud dove all'ampia diffusione di uno screening ecografico tiroideo ha fatto seguito un impressionante incremento delle diagnosi di cancro della tiroide e delle tiroidectomie, osservato in particolare in età adulta. Ora il punto è che il cancro della tiroide per frequenza della malattia sintomatica, prognosi, rischio di individuazione di lesioni latenti non progressive e dunque innocue non ha caratteristiche che si prestano ad uno screening opportunistico nè tantomeno organizzato. Senza contare che un tale intervento non dispone di evidenze scientifiche positive di efficacia e non è raccomandato da linee guida internazionali. L'elevato rischio di danno alle persone e di allocazione inappropriata delle risorse dovrebbe portare a sconsigliare attivamente la diffusione di tale pratica e addirittura all'introduzione di misure volte a ridurre la visualizzazione tiroidea in caso di esami diagnostici prescritti in soggetti senza sintomi tiroidei.
La tenuta del SSN ad accesso universale dipende quindi criticamente dalla capacità di adattarsi al mutato contesto epidemiologico e dalla capacità di selezionare gli interventi efficaci e associati al maggior beneficio di salute rispetto al costo.
In conclusione, il funzionamento del SSN richiede:

- Governo delle scelte e non tagli uniformi o lineari
- Qualificazione della spesa: selezione degli interventi efficaci e costo-efficaci
- Maggiore dinamismo nell'adattarsi alle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche
- Informazioni (numeri) a supporto delle scelte
- Capacità di trovare sinergie e di implementare interventi multidisciplinari.

Vale la pena comunque di lottare per mantenere il nostro SSN ad accesso universale che ha conseguito, nonostante alcuni elementi di riforma risultati peggiorativi, risultati di salute ragguardevoli a livello mondiale.

Fabrizio Stracci
Professore Associato di Igiene,
Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva,
Università degli studi di Perugia

Dossier

dal CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
Perugia, 13 Dicembre 2018

Il contributo dell'oncologia al S.S.N.

Maurizio Tonato

La custode di mia sorella (My Sister's Keeper) - Nick Cassavetes 2009

La data della istituzione del S.S.N coincide con la nascita ufficiale dell'oncologia in Umbria. Infatti il primo reparto di Oncologia Medica è nato proprio nel 1978 ed ho avuto l'onore e la responsabilità di dirigerlo dall'inizio fino al dicembre 2004, data del mio pensionamento. Parlerò quindi della mia esperienza nella gestione dell'oncologia, a quel tempo una nuova disciplina, che richiedeva grande impegno ed un certo coraggio, date le limitazioni delle prospettive terapeutiche ma anche quelle del livello di informazione dell'opinione pubblica.

L'impegno mio e dei miei collaboratori è sempre stato quello di rivolgere grande attenzione e rispetto ai diritti del malato, alla convinzione che solo attraverso la ricerca scientifica può avvenire il progresso, all'uso ottimale dei farmaci sulla base di linee guida internazionali, allo sviluppo delle terapie di supporto e palliative, avendo sempre come punto di forza l'etica dei comportamenti nel rapporto con i pazienti e i loro familiari.

In questo contesto abbiamo sviluppato la strategia della multidisciplinareità in tutta la regione, una vera rivoluzione culturale che si è avviata nel 2002 con la creazione di gruppi di professionisti comprendenti tutte le competenze specialistiche relative ad una determinata patologia, che elaborano la strategia diagnostica e terapeutica specifica del singolo caso. Questa modalità di lavoro ha grande efficacia, riduce tempi e costi delle varie procedure, promuove l'aggiornamento con il confronto continuo tra gli operatori, riduce l'errore medico ed è valutata con grande soddisfazione da parte del paziente che vede il proprio caso valutato in un tempo unico da un gruppo di specialisti a costo zero.

Nel 2005 è nato il Centro di riferimento oncologico interaziendale e dal 2008 è stata costituita la Rete Oncologica Regionale (ROR) per integrare tutti i servizi oncologici, così da poter assicurare ad ogni cittadino della nostra regione una assistenza qualificata e le migliori cure oggi disponibili, ovunque sia il suo domicilio.

Una delle criticità che potrebbe compromettere il funzionamento del S.S.N. è data dalla scarsità dei finanziamenti per la sanità dello Stato centrale, già inferiori a quelli degli altri paesi europei, ma peraltro in continua e progressiva riduzione. Purtroppo oggi questo problema riguarda anche le risorse umane sempre più scarse per una serie di fatti contingenti ma noti da tempo.

Questo apre il tema del costo delle terapie oncologiche, che oggi è elevatissimo. Ad esempio, il costo della terapia farmacologica per il carcinoma del colon metastatico, che 10 anni fa era di 1000 euro/anno è oggi anche superiore ai 100.000 euro /anno. Ciò è dovuto all'immissione in commercio di nuovi farmaci, certamente più efficaci dei vecchi, frutto della ricerca internazionale ma il cui prezzo è spesso superiore ai costi effettivi di ricerca e sviluppo da parte dell'industria farmaceutica, specialmente nei casi in cui i vantaggi del nuovo farmaco sono veramente marginali.

In questo settore gli oncologi e farmacisti ospedalieri umbri hanno dato un notevole contributo al contenimento dei costi a carico del sistema sanitario costituendo un gruppo di lavoro per l'uso ottimale dei farmaci più costosi.

Sottolineo che l'Umbria è stata la prima regione italiana a costruire una raccomandazione per l'uso dei farmaci oncologici condivisa tra tutti gli oncologi della regione, e continuamente aggiornata, con un principio base, quello di somministrare le migliori cure disponibili attraverso una valutazione critica sull'efficacia dei singoli farmaci ottenuta principalmente sulla base della evidenza scientifica riportata in letteratura.

Concludo ricordando il progetto di alcuni anni fa di riuscire a coordinare le attività di prevenzione e quelle proprie della Rete Oncologica e del registro Tumori, con il supporto di un sistema informativo unitario e un obiettivo condiviso. Quello di poter vedere ridotta l'incidenza del cancro nella nostra regione e nello stesso tempo migliorata la qualità di vita e la sopravvivenza dei nostri pazienti: l'obiettivo di un concreto e valido piano regionale contro i tumori.

Per ottenere ciò è necessario però il contributo di tutti, politici, amministratori, professionisti ma anche dei cittadini, nelle varie forme di compartecipazione, in particolare il volontariato, per riportare il S.S.N. a quel livello di qualità come sistema universale che è stato l'orgoglio del nostro paese.

Maurizio Tonato
Referente Scientifico
Rete Oncologica Regionale
Regione Umbria

La custode di mia sorella (My Sister's Keeper) - Nick Cassavetes 2009

Dossier

SALUTE INTERNAZIONALE

La povertà come scelta politica

Giacomo Galletti

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

The Lancet denuncia la rottura del contratto sociale post-bellico, di cui l'NHS è (era?) il riferimento più riconoscibile; denuncia lo smantellamento dei servizi pubblici; denuncia il mutamento degli stessi valori costitutivi della società britannica, interpretando le azioni politiche come pericolose addirittura per l'identità sociale e culturale nazionale. Denuncia il tradimento delle idee liberali di Beveridge! Il problema non è più economico (sostenibilità del Welfare), è identitario, e si risolve attraverso la strenua ed insistita difesa dei valori e dei principi costitutivi del tessuto sociale Britannico da un'aggressione costante da parte della volontà politica.

"Attacco a White Hall" potrebbe suonare come il titolo di un ennesimo "action movie" dove il protagonista è il classico eroe complessato a causa di un qualche tipo di stress post traumatico e che si riscatta salvando la nazione dalla minaccia di un qualche terrorista eccentrico. Qui, il canovaccio in salsa British è però diverso: i cattivi stanno dentro i palazzi dell'amministrazione di governo Britannico (indicata genericamente come, appunto, White Hall) e i buoni sono quelli che bombardano i policy maker a suon di articoli su rinomate riviste scientifiche.

L'arma detonante sganciata su Parliament Square il 22 novembre scorso è un editoriale di Lancet Public Health, intitolato "Poverty is a political choice"[1]. I toni adottati dallo "spin-off" di Lancet dedicato alla Salute pubblica sono tutt'altro che moderati. Basti, per capire, leggere questo: ‹‹…the post-war social contract is broken. The UK Government is changing the values on wich society is based – from social protection to social hardship as a route to social reengineering.›› ("Il contratto sociale post bellico è rotto. Il Governo Britannico sta cambiando i valori su cui si basa la società – dalla protezione sociale al disagio sociale come strada per la reingegnerizzazione sociale").

Ma con chi o con cosa ce l'ha, precisamente, Lancet Public Health? Con la povertà. Quella consapevolmente procurata: la povertà come scelta politica! Il Lancet Public Health rompe gli indugi editoriali dopo la pubblicazione dello Speciale Rapporto delle Nazioni Unite sulla povertà estrema e i diritti umani, del novembre 2018. Proprio nelle conclusioni del Rapporto[2], infatti, si legge che in UK: ‹‹la povertà è una scelta politica. L'austerità potrebbe aver facilmente risparmiato i poveri, se vi fosse stata la volontà politica››.Firmato: Prof. Philip Alston[3].

In breve, sulla base del Rapporto Speciale UN, l'editoriale ricorda che:

- quelli senza casa sono aumentati del 60% dal 2010,
- il ricorso alle banche del cibo è quadruplicato dal 2012,
- il 60% di coloro che si trovano in stato di povertà, vive comunque in famiglie dove almeno una persona lavora (la cosiddetta in-work poverty),
- due milioni e mezzo di persone vivono (sopravvivono) con redditi che non vanno oltre il 10% in più rispetto alla poverty line, e in quanto tale sarebbero "ad una crisi di distanza" dalla povertà…

…e "circa un bambino britannico su cinque sotto i quindici anni vive in una casa dove i genitori hanno problemi

a mettere il cibo in tavola", twitta – proprio mentre sto scrivendo – il British Medical Journal, che non vuole restare indietro nella crociata a difesa del welfare state… [4]

Ma tornando all'editoriale del Lancet, il costo dell'austerità sarebbe stato scaricato dalle politiche britanniche in modo non proporzionale sui poveri, sulle donne, sui disabili, i pensionati, i migranti, senza alcun tipo di valutazione di impatto. Inoltre, sul fronte della precedentemente citata "reingegnerizzazione[5] sociale", lo sviluppo di un welfare state digitale avrebbe portato ad una digitale esclusione. Tanto per essere chiari: ‹‹un sistema di machine learning può essere capace di battere a scacchi un umano, ma potrebbe non essere altrettanto abile a risolvere importanti malattie sociali quali la povertà›› (cit. trad.)[6]. Insomma, il Lancet denuncia qualcosa di più di un problema sociale, economico, organizzativo.

Il Lancet denuncia la rottura del contratto sociale post-bellico, di cui l'NHS è (era?) il riferimento più riconoscibile; denuncia lo smantellamento dei servizi pubblici; denuncia il mutamento degli stessi valori costitutivi della società britannica, interpretando le azioni politiche come pericolose addirittura per l'identità sociale e culturale nazionale. Denuncia il tradimento delle idee liberali di Beveridge[7]! Il problema non è più economico (sostenibilità del Welfare), è identitario[8], e si risolve attraverso la strenua ed insistita difesa dei valori e dei principi costitutivi del tessuto sociale Britannico da un'aggressione costante, deliberata ed aporofoba da parte della volontà politica.

Si, aporofoba: perché è facile interpretare l'attacco a White Hall perpetrato dalla rivista di Richard Horton[9] come la solita critica dati-alla-mano ai modelli neoliberisti ed ai loro effetti sulle gestioni del debito e sulle disuguaglianze. Tuttavia, in questo caso, il fenomeno culturale sotto accusa sembra travalicare i confini dell'economia (e della Gran Bretagna). Ecco perché ho deliberatamente citato il concetto di "aporofobia". Per chi non mastica[10] abitualmente greco classico, la parola è formata dal termine greco ἄποϱος (áporos), cioè povero, senza disponibilità di mezzi, e dal suffisso "fobia" del latino scientifico, a sua volta derivante dal greco φοβία. Si tratta in realtà di un neologismo dal significato di "paura, ripugnanza o avversione verso i poveri"[11]. Il neologismo, eletto come "parola dell'anno 2017" in Spagna dalla filosofa valenziana Adela Cortina[12], esprime un atteggiamento ostile da parte di coloro che popolano la società del benessere verso coloro che esprimono malessere nel poter accedere a beni e servizi, di consumo o sociali.

Il concetto va oltre a quello più stringente di razzismo verso i migranti, e richiama il disprezzo verso chi, essendo povero, non ha niente da offrire (ma solo da chiedere…)[13], e va quindi in qualche modo emarginato dalla possibilità di essere oggetto delle politiche socio economiche. Secondo la filosofa, l'aporofobia sarebbe una vera e propria sfida per la società democratica[14]. A tal proposito, nell'aprile scorso, il Presidente dell'associazione 21 luglio Carlo Stasolla così commentava sul blog[15] del Fatto Quotidiano questo nuovo odio nei confronti dei poveri: "… lo respiriamo nell'aria camminando sui marciapiedi, prendendo i mezzi pubblici o facendo la fila negli uffici; lo vediamo radicarsi leggendo i giornali e guadando talk show, e moltiplicarsi navigando sui social o ascoltando le invettive di alcuni politici."

L'autore del post attraverso i dati Eurostat segnala l'incremento della povertà in Europa, e in particolare in Grecia e in Italia. Più recentemente, l'ultimo rapporto Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT ci racconta che "le più recenti informazioni disponibili sulla povertà forniscono segnali di peggioramento nel 2017, quando l'incidenza di povertà assoluta, basata sulla spesa per consumi, è pari al 6,9% per le famiglie (da 6,3% nel 2016) e all'8,4% per gli individui (da 7,9%). L'incidenza della povertà assoluta aumenta prevalentemente nel Mezzogiorno sia per le famiglie (da 8,5% del 2016 al 10,3%) sia per gli individui (da 9,8% a 11,4%), soprattutto per il peggioramento registrato nei comuni Centro di area metropolitana (da 5,8% a 10,1%) e nei comuni più piccoli fino a 50mila abitanti (da 7,8% del 2016 a 9,8%). La povertà aumenta anche nei centri e nelle periferie delle aree metropolitane del Nord."[16]

Ok, c'è un problema povertà. Ma tutto questo per dire cosa? Il ragionamento, almeno fino a questo punto, ci ha portato ad approcciare il concetto di povertà in due direzioni:

- prima, come una scelta politica i cui effetti tenderebbero a ridefinire l'identità sociale attraverso i mutamenti nel sistema dei valori e dei principi di riferimento, così come sostenuto dal Lancet Public Health;
- poi, quasi come "categoria filosofica", o più semplicemente come una chiave di lettura socio culturale dei cambiamenti in atto nelle società, a seguito degli effetti della crisi economico finanziaria

e dei problemi migratori, secondo quanto illustrato dalla filosofa Cortina.

Insomma, tutto questo serve a dire che dobbiamo sviluppare la nostra capacità non solo di analisi, ma anche di vera e propria attenzione, verso alcune dinamiche del nostro tempo, sempre più preoccupanti. Riportando infatti il tutto a casa nostra, quello che secondo il Lancet Public Health vale per l'NHS, vale anche per il SSN: difendere un sistema delle cure pubblico e universalistico vuol dire, qui come in Inghilterra, mantenere eretto il baluardo simbolico (e fisico!) contro il disgregamento di un tessuto sociale sempre più fragile, sempre più minacciato da certe involuzioni culturali di cui l'aporofobia, il disprezzo dei più deboli, è uno degli effetti più allarmanti.

P.S.‹‹The object of government in peace and in war is not the glory of rulers or of races, but the happiness of the common man.›› W. Beveridge, Social Insurance and Allied Services (The "Beveridge Report") (2 December 1942)

Giacomo Galletti.
Abitualmente operativo presso l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, ma qui in libera uscita…

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Editorial. Poverty is a political choice. The Lancet 2018; 3(12):PE555 http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30243-3
2. Statement on Visit to the United Kingdom, by Professor Philip Alston, United Nations. Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. London, 16 November 2018
3. (@Alston_UNSR), docente presso la New York University School of Law (@nyulaw, 40 Washington Sq. South, New York, NY 10012).
4. Food insecurity in UK is among worst in Europe, especially for children, says committee. BMJ 2019; 364:l126 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.l126
5. Se come me avete difficoltà a pronunciare "reingegnerizzazione sociale", potete usare il concetto di "reimplementazione in senso informatico della società" che va bene uguale, ma che rende evidente la differenza con il più auspicabile "reimplementazione in senso sociale dell'informatica". Ci tengo peraltro a precisare che personalmente detesto il termine "implementare", ma in questo caso ho voluto evitare ardite circumlocuzioni alternative.
6. Citazione tradotta (dall'articolo).
7. "…è oggi probabilmente difficile concepire William Beveridge […] come un liberale anziché un socialista […]. Eppure Beveridge concepiva il suo progetto di welfare state universale come una realizzazione al tempo stesso legittima inevitabile dell'idea liberale di società." Z. Bauman (Le nuove povertà, Castelvecchi, 2018).
8. "Il concetto di welfare statesi basa sull'idea che lo Stato abbia l'obbligo e il dovere di garantire il 'benessere' (welfare) e non soltanto la mera sopravvivenza, a tutti i cittadini, ovvero un'esistenza dignitosa, secondo gli standard di una data società in una determinata epoca." Z. Bauman (Le nuove povertà, Castelvecchi, 2018).
9. L'attuale editor-in-chief di Lancet, la cui frase di intestazione del profilo Twitter (@richardhorton1) è: "welcome to a permanent attack on the present."
10. …o chi avendolo masticato in passato non abbia tuttavia un Rocci sotto mano…
11. Blog.terminologiaetc.it: origine e significato di aporofobia
12. @ACortinaPantion, benché da noi sentire parlare di povertà da una che di cognome fa Cortina possa far sorridere…
13. "…proclamando che una vita decente e degna di essere vissuta doveva essere assicurata in qualsiasi momento a tutti i cittadini "come un diritto", indipendentemente dal loro contributo alla ricchezza, l'idea di pubblico benessere consentiva […] di separare la sussistenza dal contributo produttivo "socialmente utile"…" Z. Bauman (Le nuove povertà, Castelvecchi, 2018).
14. Aporofobia, el rechazo al pobre : un desafío para la sociedad democrática. Barcelona 2017, Paidós (Estado y sociedad).
15. Soffriamo di aporofobia, la paura dei poveri. Ilfattoquotidiano.it, 24.04.2018
16. Benessere equo e sostenibile in Italia. BES 2018; cap-04

30 Gennaio 2019

La Sanità nella Legge di Bilancio 2019. Le luci e le ombre

Nerina Dirindin

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

Nella Legge di Bilancio compaiono misure condivisibili, novità promettenti, rinvii tradizionali, contenuti imbarazzanti, silenzi assordanti e molta conservazione. La legge non affronta il tema del personale sanitario, ignora (o quasi) il macigno del divario Nord-Sud nell'offerta di servizi, non interviene sul superticket. Un comma elimina il vincolo di destinazione alle risorse stanziate per l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Ma vi sono anche buone notizie: dopo tanti anni si registra la ripresa degli investimenti nell'edilizia sanitaria e nell'ammodernamento tecnologico e la nuova disciplina della governance della spesa farmaceutica.

Che cosa ci si poteva aspettare dalla prima legge di Bilancio approvata dal Governo giallo-verde? Difficile indicare quali cambiamenti avrebbero potuto essere considerati prioritari da entrambe le forze di governo e quali avrebbero potuto essere concretamente previsti in una situazione così delicata dal punto della finanza pubblica. Ancor più difficile immaginare quale attenzione il Governo avrebbe potuto riservare alle politiche per la salute, troppo complesse per essere utilizzate per creare consenso.

Ugualmente difficile analizzare una legge che risente inevitabilmente della concitazione con la quale è stata scritta e approvata. Fra i commi relativi al welfare compaiono misure condivisibili, novità promettenti, rinvii tradizionali, contenuti imbarazzanti, silenzi assordanti e molta conservazione. La legge non affronta il tema del personale sanitario, ignora (o quasi) il macigno del divario Nord-Sud nell'offerta di servizi, non interviene sul superticket né sulla gratuità dei contraccettivi (un tema caro al M5S). Un comma (il 487) si esercita nell'escludere gli extracomunitari dai destinatari della Carta della famiglia, una carta che non costa alle finanze pubbliche ma permette di accedere agli sconti riconosciuti alle famiglie numerose dagli esercizi commerciali o dagli erogatori di servizi. Un altro comma (il 546) elimina il vincolo di destinazione alle risorse stanziate per l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Norme che hanno (probabilmente) un valore poco più che simbolico, ma che sottolineano la visione del nuovo governo: un welfare divisivo, nel senso che divide i destinatari delle politiche sulla base della loro provenienza geografica. Un pericolo, per un Paese ancora troppo diseguale al proprio interno.

Sulle politiche per la salute, la legge di bilancio contiene alcune buone notizie.

La prima buona notizia è la conferma per il 2019 del finanziamento per il Ssn, già previsto a legislazione vigente: 114.439 milioni di euro (comma 514) – Tabella 1. A tale cifra va sommato il finanziamento aggiuntivo destinato alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi pari, rispettivamente, a 164 e 500 milioni a decorrere dal 2019, nonché le variazioni di minore entità previste dalla legge di Bilancio per il 2019[1]. Il finanziamento continua a risentire della decurtazione di 604 milioni a carico delle Regioni a statuto ordinario per effetto del mancato contributo alla finanza pubblica delle Regioni a statuto speciale (comma 394, della legge di stabilità per il 2017), una questione complessa ma che in tempi di regionalismo differenziato dovrebbe insegnarci quanto sia difficile ottenere solidarietà da chi è titolare di un trattamento privilegiato.

Per gli anni 2020 e 2021, l'incremento del finanziamento è subordinato alla stipula, entro fine gennaio 2019, di una intesa in Conferenza Stato-Regioni per

Finanziamento del Fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato (mln euro)					
	2017	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
L.323/2016 (L.B. 2017)	113.000	114.000	115.000		
D.MEF-Salute 5/6/17- contributo RSO per RSS	-423	-604	-604		
L.172/2017 – sconto farmacie		9,2	9,2		
L. 205/2017 (L.B. 2018) – compens. dirigenza			30		
L. 205/2017 (L.B. 2018) – riduz FVG per OPG		-1,12	-1,12		
L. 4/2018- minori orfani crimini domestici		0,056	0,064		
L. 145/2018 (L.B. 2019)				2.000	3.500
Totale	**112.577**	**113.404**	**114.439**	**116.439**	**117.939**
var. % su anno precedente	–	*+0,7*	*+0,9*	*+1,7*	*+1,3*
var % Pil su anno precedente	*+1.6*	*+1,0*	*+1,0*		

il Patto per la salute 2019-2021 (comma 515 e 516). L'obiettivo è prevedere misure di programmazione, miglioramento della qualità delle cure ed efficientamento dei costi. Sono indicati in particolare interventi quali la revisione del sistema dei ticket, la valutazione dei fabbisogni del personale, la razionalizzazione delle reti ospedaliera e territoriale, l'implementazione dei sistemi informativi, l'ordinata programmazione del ricorso agli operatori privati accreditati[2] e la promozione della ricerca. Si tratta di aspetti cruciali per il futuro del Ssn, alcuni attesi addirittura da anni (come la revisione dei ticket), che difficilmente potranno essere affrontati in modo adeguato entro la fine di gennaio ma sui quali Governo e regioni dovranno impegnarsi seriamente se non vorranno ripetere gli insuccessi del passato. La seconda buona notizia è la ripresa degli investimenti (comma 555). Il programma di interventi in edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico (cosiddetto articolo 20 della l. 67/88) è ri-finanziato con ulteriori 4 miliardi di euro. L'ultimo rifinanziamento risaliva al 2009. Come noto la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per la sanità pubblica: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. La scommessa è che sia possibile avviare procedure in grado di consentire, in tempi ragionevoli e con criteri rigorosi, la progressiva riqualificazione dei servizi senza dover ricorrere ai costosi progetti di finanziamento privato. La normativa prevede che le nuove risorse siano destinate prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui fondi precedentemente messi a disposizione. Il criterio è assolutamente condivisibile, ma non va trascurata la necessità di prevedere specifiche modalità per sostenere le regioni che si sono dimostrate fino a oggi incapaci di utilizzare i fondi disponibili, pena l'aumento dei divari interregionali. Con un comma che replica la (discutibile) prassi di riservare quote di finanziamento a singoli destinatari, il comma 559 prevede che 25 milioni siano destinati al CNAO (Centro nazionale di adroterapia oncologica).

La legge di bilancio per il 2019 interviene (e questa è la terza buona notizia) su alcuni importanti aspetti della governance della spesa farmaceutica, relativi in particolare al sistema dei rimborsi (payback), dei tetti di spesa e della negoziazione dei prezzi dei farmaci (commi 553, 554, 574-584). La nuova disciplina si propone di superare in via definitiva le difficoltà incontrate, dal 2013 ad oggi, dal Ministero e dall'Aifa che in molti casi non sono riusciti ad ottenere il ripiano degli sforamenti dei tetti di spesa, a carico delle aziende farmaceutiche, a causa di una serie di carenze che hanno alimentato infiniti contenziosi (debolezza della metodologia adottata, inadeguatezza dei dati disponibili, contestazione dei calcoli effettuati, conteggio della spesa per la distribuzione diretta, ecc.). Il nuovo modello punta sulla fatturazione elettronica e precisa gli elementi che consentono di concludere le procedure evitando le incertezze applicative e metodologiche del passato.

A queste tre buone notizie se ne ag-

giunge un'altra: l'aumento del prelievo fiscale sul settore dei giochi (videolotterie, new slot, giochi a distanza, scommesse, bingo, ecc.). Un provvedimento che dovrebbe dare un gettito di circa mezzo miliardo all'anno, ma soprattutto potrebbe contrastare la continua crescita del gioco (commi 1050 e 1051). È difficile prevedere l'effetto dell'aumento del prelievo e della contemporanea prevista riduzione del pay-out (ovvero della percentuale restituita in media ai giocatori sotto forma di premio) ma l'impegno del Governo sul gioco d'azzardo è fondamentale per avviare strategie volte a ridurre le situazioni di dipendenza che colpiscono soprattutto i soggetti più vulnerabili.

Ma non mancano le cattive notizie.

La legge di Bilancio non interviene su uno degli aspetti più critici del sistema sanitario: il personale. i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. La norma non allenta i vincoli sul personale (tetto pari alla spesa relativa al 2004 diminuita dell'1,4%), mette a rischio il rinnovo dei contratti della dirigenza (atteso da dieci anni), non interviene sulla formazione e l'aggiornamento del personale, non prevede misure finalizzate a far fronte all'impoverimento dei fondi contrattuali necessari per premiare meriti professionali, disagi e innovazioni organizzativo-gestionali. L'unico intervento adottato, certamente importante, è quello volto a contrastare la carenza di professionalità mediche, attraverso l'aumento delle risorse per la formazione dei medici di medicina generale e dei medici specialisti. Nessuna misura è per contro delineata per superare la carenza di professioni infermieristiche, carenza registrata nel nostro paese ormai da molti anni, con conseguenti gravi rischi per l'offerta sanitaria. L'assenza di misure sul personale del Ssn (ma non, ancora una volta, del personale del ministero e degli enti centrali) potrebbe essere motivata dalla necessità di una puntuale valutazione dei fabbisogni, tema inserito fra quelli da definire con il prossimo Patto per la Salute. Il rischio tuttavia è che in attesa di attente valutazioni del fabbisogno di personale il sistema continui a ricorrere alla esternalizzazione dei servizi, all'acquisizione di professionisti pagati a prestazione (o a gettone), all'impiego di personale precario, soluzioni che si sono spesso dimostrate più costose e meno adeguate dell'assunzione di personale. La Figura 1 è sufficientemente eloquente delle dinamiche in atto ormai da troppo tempo: il personale dipendente è sempre più sostituito dall'acquisto di beni e servizi. La spesa per i dipendenti passa dal 37% del 2000 al 30% del 2017, mentre l'acquisto dall'esterno passa dal 23% al 25%[3].

Sul personale si misurerà la volontà del Governo di contrastare concretamente gli attacchi alla sanità pubblica e di tutelare il diritto all'assistenza in tutto il territorio nazionale, eliminando le differenze nelle dotazioni e nella capacità di garantire i livelli essenziali.

Nerina Dirindin,
Università di Torino

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. La legge di Bilancio prevede 10 milioni all'anno per la formazione dei MMG (comma 518); 25 milioni all'anno per la compilazione e la trasmissione dei certificati di infortunio e malattie professionali (comma 526); 22,5 milioni (che diventano 45 nel 2020, 68,5 nel 2021, 91,8 nel 2022 e 100 milioni dal 2023) per i contratti di formazione specialistica dei medici (comma 521).
2. Mentre si auspica una "ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati", il comma 572 prevede una deroga alle norme sui limiti per l'acquisto di prestazioni specialistiche da soggetti privati da parte della regione Sardegna.
3. Le altre voci di costo, qui ignorate, sono la farmaceutica convenzionata, la medicina convenzionata (stabile) e l'assistenza erogata in regime di accreditamento (che passa dal 15% al 22%).

16 Gennaio 2019

O salute in tutte le politiche, o nulla

Giacomo Galletti

Super Size Me - Morgan Spurlock 2004

I fattori di rischio per la salute si annidano un po' ovunque, ma, soprattutto, costano. L'alimentazione malsana, l'inattività fisica, il fumo, l'alcol, ma anche l'inquinamento, la malattia mentale e altri comportamenti poco salutari sono fonti di costi. Questi, a quantificarli ad uno ad uno come fanno gli autori, scaricano sul servizio sanitario un ammontare di billions che, cumulandosi negli anni e senza adeguate coperture, potrebbe far saltare il banco delle coperture finanziarie di un sistema sanitario integro.

Recensire un articolo così ha poco senso. Bisognerebbe al limite tradurlo il più fedelmente possibile e invitarne alla lettura. Basti inizialmente sapere che:

- il titolo (Quali sono i migliori investimenti sociali per migliorare la salute delle persone?[1]) formulato in questi termini, per di più in forma interrogativa, è un invito alla lettura indeclinabile;
- l'articolo, pubblicato dal British Medical Journal ("Biemgei" per gli addetti ai lavori) nella sezione ANALYSIS, preannuncia roba forte;
- le firme provengono dall'UK Health Forum[2], dal centro Global Development dell'Imperial College[3], dal New College dell'Università di Oxford[4], dall'Agenzia Public Health England[5] e dal gruppo Wandsworth Living Streets[6];
- l'analisi non è una vera proprio analisi, cioè lo è, ma scrivere che questa analisi si limita all'analisi è limitativo. È una sorta di "statement"…
- …o, meglio, è un autorevole e lucido "fare il punto" sul tema "investire sulla salute delle persone" nel contesto di resilienza che caratterizza sempre più sistemi sanitari nazionali in tempi di vacche magre. Trovare temi più caldi di questo sul tema salute è impresa ardua;
- si utilizzano sottigliezze lessicali che talvolta sembrano scontate, ma che non lo sono per nulla; si utilizza ad esempio "costi" per indicare i soldi spesi per curare, e "investimenti", per indicare sempre soldi spesi, ma spesi oggi per diminuire i soldi che verranno spesi domani per curare. Troppo spesso, in sanità, si parla di costi e basta.

Date queste premesse, la recensione potrebbe limitarsi alla mera traduzione di cui sopra.

Tale proposito, tuttavia, rischierebbe di non rendere onore sia alle opportunità di una più generale "lettura del contesto storico-politico" che l'articolo offre, sia ai "bisbigli" che sembra di percepire tra le righe durante la lettura e che sembrano mettere in guardia verso qualcosa di non ben definito.

Cercheremo di prestare attenzione alle une e agli altri.

L'articolo, già nella parte introduttiva, inizia col botto:

"La prossima decade si prospetta come il periodo di maggiore austerità nella storia dell'NHS (cioè il servizio sanitario inglese). Riorientare l'NHS nell'ottica di un investimento su un'attività di prevenzione efficace dal punto di vista dei costi sostenuti (cost effective disease prevention), è essenziale per la sostenibilità del sistema."

Le affermazioni sull'austerità, sulla sostenibilità e sulla "essenzialità" dell'investimento in prevenzione sono forti, ma gli autori le contestualizzano in modo lucido e costruttivo, funzionale alla proposta di soluzioni concrete.

Ma andiamo per gradi.

La struttura dell'articolo è semplice e completa nel presentare i temi:

- la salute in tutte le politiche (Health in all policies).
- I fattori di rischio comuni e i costi ad essi associati.
- Produrre evidenza per la prevenzio-

ne: metodi e propositi.
- Il punto di vista economico per la prevenzione e le ragioni dell'inazione.
- I migliori investimenti per la salute della società.
- Le politiche fiscali e tariffarie.

Vagliando i temi in modo comunque stringato, sintetico e comunque non esaustivo[7], ci rendiamo subito conto del fatto che oggi non ci possiamo più permettere di approcciare la salute senza un atteggiamento di "Health in all policies" .

L'accesso universale alle cure, infatti, di per sé non è sufficiente a migliorare la salute della popolazione laddove il contesto ambientale e sociale vi influisce per il 50%. La salute è "intersettoriale", e da tale va trattata, con riferimento ad esiti ed equità di ogni iniziativa di intervento pubblico. Quindi quale miglior opportunità di una revisione generale della normativa in panorama Brexit, per promuovere un approccio "Health in all policies" a tutto campo?

D'altronde, i fattori di rischio per la salute si annidano un po' ovunque, ma, soprattutto, costano. L'alimentazione malsana, l'inattività fisica, il fumo, l'alcol, ma anche l'inquinamento, la malattia mentale e altri comportamenti poco salutari sono fonti di costi. Questi, a quantificarli ad uno ad uno come fanno gli autori, scaricano sul servizio sanitario un ammontare di billions che, cumulandosi negli anni e senza adeguate coperture, potrebbe far saltare il banco delle coperture finanziarie di un sistema sanitario integro. Dato che i determinanti sociali degli atteggiamenti a rischio sono naturalmente riscontrabili nella povertà, nella scarsa educazione, nella disoccupazione, nell'austerità, nelle situazioni abitative disagiate, nei trasporti non efficienti ecc…, il tutto ci riporta al tema precedente della trasversalità degli interventi.

Ma quali evidenze esistono attualmente per l'investimento in prevenzione? Più che "evidenze quali", il punto è "evidenze come". L'evidenza degli effetti degli interventi pubblici in prevenzione, infatti, risentono spesso dei modelli statistici usati per le stime, cosa che richiede lo sviluppo di vere e proprie linee guida per la loro costruzione ed utilizzo. Solo una certa omogeneità degli strumenti utilizzati per la selezione e l'analisi dei dati può aiutare a…

…stimare gli effetti economici della prevenzione. Infatti, nonostante il fine ultimo della prevenzione non sia il semplice risparmio di risorse finanziarie, un numero sempre maggiore di studi stima la riduzione nel tempo dei costi sanitari associabile agli investimenti pubblici (più o meno) mirati. Gli autori a questo punto si chiedono come mai solo il 3% dei budget europei per la salute sia dedicato alla prevenzione. La risposta è quasi scontata: la prevenzione dà frutti economici in un arco temporale tendenzialmente superiore a quello del mandato elettorale…

A questo punto arriva il paragrafo che richiama il titolo dell'articolo: i migliori investimenti per la salute della popolazione. Bisogna dire che le revisioni degli studi sul tema non arrivano a conclusioni definitive (come del resto quasi sempre accade), anche perché i contesti degli interventi esaminati, nonché degli stessi obiettivi, sono diversi e complessi da definirsi.

Alla fine, però, sembra che siano proprio gli interventi regolamentativi a livello nazionale a produrre il maggior ritorno sugli investimenti. La cosa è degna di nota, e offre lo spunto per approfondire il tema delle…

…politiche fiscali e tariffarie. Queste, in genere, hanno il doppio vantaggio di generare reddito disincentivando nel contempo i comportamenti a rischio (basti pensare agli effetti di un'ingente imposta sul consumo di sigarette, sull'alcol, ma anche sulla benzina…).

I dati sui risparmi finanziari presentati in questa sezione hanno un effetto[8] sul morale del lettore che tende a compensare, in parte, le sensazioni relative alla consultazione del paragrafo sui costi dei fattori di rischio.

La citazione delle politiche fiscali sulla benzina ci rimanda al paragrafo successivo, ovvero…

…la promozione dell'attività fisica: infrastrutture, trasporti pubblici, spazi aperti accessibili sono tutti investimenti che hanno un ottimo ritorno in termini di salute, anche se la quantità di attività fisica effettivamente indotta è modesta!

Il paragrafo finale, suggerisce di affrontare i determinanti sociali di salute partendo dal presupposto secondo cui l'investimento in social welfare è correlato con la riduzione della mortalità, mentre la spesa sanitaria in sé non lo è.

Ricapitolando, i 5 messaggi chiave sono:
- La prevenzione è un intervento chiave per la sostenibilità del NHS.
- Ci vuole una "batteria" di diversi approcci preventivi, dato che non esiste il classico "proiettile d'argento".
- In tempi di revisioni politiche e normative, nascono le opportunità per infilare la salute in tutte le iniziative pubbliche (Health in all policies).
- La salute in tutte le politiche deve essere la norma.
- Si raccomanda la costituzione di una commissione sulle politiche fiscali che promuovano la salute.

Il "messaggio tra le righe" dei cinque

messaggi chiave sembra però essere un altro: carpe diem.

Infatti, non so bene come mai, ma durante la lettura dell'articolo mi sembrava di essere uno degli alunni del professor John Keating che, di fronte alla bacheca del Welton College con le antiche foto di studenti ormai passati a miglior vita, si sentiva bisbigliare nell'orecchio "carpe diem… cogliete l'attimo ragazzi…"[9].

E in certi passaggi dell'articolo, mi sembra di percepire il carpe diem non in un bisbiglio, quanto piuttosto nell'urlo strozzato di chi si trova improvvisamente e concretamente di fronte ad un baratro. L'attimo va colto, e va colto subito, adottando la suggestione Shumpeteriana della distruzione creatrice, della crisi che genera opportunità, o più banalmente (dato il caos Brexit), del classico "nel torbido si pesca meglio."

Insomma, gli autori sembrano oltremodo consapevoli del fatto che per il NHS i "fasti beveridgiani" siano ormai un lontano ricordo, e che la tana del Bianconiglio non sia stata ancora esplorata in tutte le sue profondità[10].

Magari, invece, è solo la mia percezione ad essere distorta, e l'enfasi data all'analisi da parte del BMJ è solamente sovrastimata.

Qualunque sia però il tenore dell'allarme riverberato da Laura Webber e soci dalle colonne della prestigiosa rivista, al di là dello stile della scrittura, della concretezza delle proposte avanzate, delle argomentazioni a supporto, delle valutazioni articolate e della ricca bibliografia, il messaggio alla fine è sin troppo chiaro:

"O salute in tutte le politiche, o nulla."

Giacomo Galletti,
che pur lavorando all'Agenzia regionale di sanità della Toscana si esprime qui in termini puramente personali.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Webber L et al. What are the best societal investments for improving people's health? BMJ 2018; 362 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k3377
2. UK Health Forum http://ukhealthforum.org.uk
3. Imperial College of London – Global Development http://www.imperial.ac.uk/advancement/global-development/
4. New College. University of Oxford https://www.new.ox.ac.uk
5. Wandsworth Living Streets https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england#content
6. Public Health England https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england#content
7. Si sottolinea come tale considerazione costituisca un caldo invito a leggere l'articolo nella sua versione integrale.
8. Questo vale ovviamente per chi fosse andato a guardarsi le cifre riportate nella prima pagina dell'articolo, colonna di destra.
9. Ritengo offensivo nei confronti del lettore citare il titolo dei film, di cui il 2 giugno prossimo si festeggerà il trentennale dalla prima proiezione canadese. Mi limito a ricordare la regia di Peter Weir e il soggetto e sceneggiatura di Tom Schulman.
10. Altro assist ai cinefili…

22 ottobre 2018

Come migliorare (davvero) l'assistenza sanitaria

Gavino Maciocco

Il medico di campagna (Médecin de campagne) - Thomas Lilti 2016

Nessun altro sistema è così complesso come quello sanitario. Un sistema complesso non cambia perché qualcuno concepisce e quindi impone una soluzione progettata allo scopo. I meccanismi top down, come le pesanti ristrutturazioni organizzative, l'introduzione di nuove regole e di più stringenti indicatori di performance sono destinati al fallimento. Il messaggio chiave è che il cambiamento è accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che li riguardano, ma resistono quando il cambiamento viene imposto da altri. Il cambiamento imposto dalla politica non ha mai lo stesso peso del cambiamento clinicamente guidato.

L'ultimo numero del BMJ (19 maggio, n. 8153) dedica la copertina e una serie di riflessioni su come migliorare la qualità delle cure e sul perché da molti anni i sistemi sanitari non registrano significativi progressi in questa direzione; ad esempio da 25 anni il tasso di eventi avversi è rimasto stabile, a livello di circa 1 ogni dieci pazienti. "Come affrontare il problema in un modo veramente nuovo e efficace?", si chiede l'autore dell'articolo principale[1], Jeffrey Braithwaite, direttore dell'Australian Institute of Health Innovation.

Una premessa – un'ulteriore domanda – è d'obbligo: perché in sanità i cambiamenti sono così difficili? La risposta sta nell'estrema complessità del sistema sanitario; nessun altro sistema – le banche, la scuola, l'industria manifatturiera, la difesa – è così complesso. Nessun'altra industria o settore ha equivalenti livelli di gamma e di ampiezza – come i complessi modelli di finanziamento, la varietà e la molteplicità dei servizi, la complessità dei bisogni e le così tante opzioni e interventi per le esigenze di una persona. Il sistema sanitario ha inoltre molteplici attori, con ruoli e interessi diversi, e regolamenti non uniformi che controllano strettamente alcune questioni e toccano a malapena le altre. Le varie combinazioni di cura, attività, eventi, interazioni e risultati sono, a tutti gli effetti, infinite.

Quando i sostenitori del miglioramento cercano di attuare il cambiamento, i sistemi sanitari non reagiscono in modo prevedibile; rispondono in modi diversi agli stessi input (personale, finanziamenti, bisogni dei pazienti, edifici e attrezzature). Nel linguaggio della scienza della complessità, questa è "non-linearità". L'enorme numero di variabili e l'imprevedibilità delle loro interazioni rendono difficile l'ordine. E i sistemi sanitari sono indeterministici, il che significa che il futuro non può essere previsto estrapolando dal passato.

Perchè allora un sistema complesso e apparentemente dinamico come quello sanitario si trova in genere in una condizione di evidente stagnazione? Perché l'insieme dei negoziati, dei trade-off e del posizionamento degli stakeholder spinge decisamente verso l'inerzia. Nessuna persona o gruppo è in sé da biasimare; ma un sistema complesso chiaramente non cambia solo perché qualcuno concepisce e quindi impone una soluzione progettata allo scopo.

Ciò solleva ulteriori domande: quali circostanze possono facilitare i cambiamenti nei sistemi sanitari complessi e quali circostanze invece ne impediscono i progressi? L'Autore sintetizza in uno schema (vedi pagina seguente) le prime (attractors) e le seconde (repellents).

Il messaggio chiave proveniente da questa tabella è che il cambiamento è accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che

1. I sistemi possono cambiare quando:
Sono stimolati dal progresso medico, ad esempio nuovi test diagnostici e nuovi farmaci efficaci, nuove acquisizioni nel campo della produzione d'immagini e di tecniche chirurgiche;
Prove incontrovertibili mostrano benefici per la sanità pubblica, come ad esempio le vaccinazioni o la lotta contro il fumo;
Si affermano nuovi ed efficaci modelli d'assistenza, come ad esempio nel campo della gestione delle malattie croniche (chronic care model) o nel campo della chirurgia (one day surgery).

2. I sistemi rigettano il cambiamento quando:
La principale o unica strategia è quella di imporre soluzioni dall'alto;
Il cambiamento non è supportato da attori che hanno il potere di resistere o di ostacolare, come la professione medica o i media;
Vengono introdotte nuove strategie e procedure che si aggiungono a una molteplicità di strategie e procedure esistenti;
- I tentativi di modificare politiche o culture profondamente radicate sono superficiali.

li riguardano, ma resistono quando il cambiamento viene imposto da altri. Il cambiamento imposto dalla politica non ha mai lo stesso peso del cambiamento clinicamente guidato.

Sistemi hardware e software
Molto è stato scritto sui molti sforzi per avviare il cambiamento nei sistemi sanitari in tutto il mondo, la maggior parte dei quali sembra presupporre due percorsi familiari. Uno è quello di modificare l' "hardware" del sistema, ristrutturando gli organigrammi, modificando l'infrastruttura o cambiando modelli di finanziamento. Il NHS e altri sistemi sanitari hanno investito pesantemente in molti di questi sforzi. Ma i guadagni sono stati modesti e la misura in cui tali cambiamenti hanno contribuito a migliorare la cura del paziente non è chiara. L'altro approccio è quello di cambiare il "software" del sistema misurandosi con la cultura dei settings clinici e utilizzando i classici metodi di implementazione e di miglioramento della qualità. Nei sistemi adattativi complessi vi sono attori con diversi gradi di discrezione e di autonomia professionale in grado di respingere, ignorare, modificare o adottare selettivamente i mandati top down. I medici si comportano come pensano che dovrebbero, imparando e influenzandosi a vicenda, piuttosto che rispondere alle ammonizioni dei dirigenti o dei responsabili politici. I clinici in prima linea nei sistemi adattativi complessi accettano nuove idee basate sulla loro logica, non su quelle delle alte sfere. L'assistenza sanitaria è governata molto più dalle culture e dalle politiche organizzative locali che non da quello che vuole il ministro della sanità, un responsabile politico o un top manager.
Quelli che si trovano in prima linea (medici, personale, pazienti) si muovono nella loro piccola parte del sistema, adattandosi alle loro circostanze locali e rispondendo ai propri interessi piuttosto che alle istruzioni che provengono dall'alto. In questo modo, l'assistenza sanitaria è naturalmente resiliente, sempre al riparo da cambiamenti che non hanno senso per coloro che sul campo erogano l'assistenza sanitaria.

Per un nuovo approccio al cambiamento
Ecco sei principi su cui – secondo Jeffrey Braithwaite – potrebbe essere costruito un nuovo approccio al cambiamento.
In primo luogo, dobbiamo prestare molta più attenzione a come viene fornita l'assistenza nella prima linea. Burocrati e manager, tra gli altri, non miglioreranno il sistema né renderanno i pazienti più sicuri, emettendo più polizze assicurative, aumentando le tariffe, introducendo sistemi informatici sempre più ingombranti o eliminando i medici.
In secondo luogo, tutti i miglioramenti significativi sono locali, centrati su reti naturali di medici e pazienti. Modelli validi per tutti troppo spesso falliscono. Dobbiamo incoraggiare le idee da molte fonti; i processi e i risultati di cura varieranno qualunque cosa facciamo.
In terzo luogo, dobbiamo essere consapevoli che i medici che svolgono un lavoro quotidiano complesso fanno molte più cose giuste di quante ne possano sbagliare. Ci concentriamo sul 10% degli eventi avversi, mentre per lo più

trascuriamo il 90% delle cure che non danno alcun problema. Comprendere gli errori è fondamentale, così come lo è cercare di smettere di erogare cure obsolete, inutili o eccessive. Ma, se apprezziamo come i medici gestiscono le situazioni complesse, adattandosi costantemente e ottenendo buoni risultati, possiamo iniziare a identificare i fattori e le condizioni che sostengono tale successo.

Ciò porta a un quarto punto correlato. Un recente libro che esamina i risultati nella fornitura di assistenza sanitaria in 60 Paesi a basso, medio e alto reddito ci ha mostrato che ogni sistema può raccontare molte storie di successo[2]. Si va dalla donazione e trapianti di organi in Spagna a sistemi di allerta precoce per l'aggravamento dei pazienti in Australia e Qatar, alla realizzazione di standard minimi richiesti in Afghanistan, al miglioramento delle tecnologie informatiche a Taiwan, alla diffusione di assicurazioni sanitarie basate sulla comunità in Ruanda. Questi risultati apparentemente molto diversi hanno quattro fattori comuni: iniziare con iniziative su piccola scala per poi allargare l'intervento; raccogliere i dati e fornirli ai decisori politici; ricordarsi che il modello di eroe solitario in sanità non funziona e che la collaborazione è alla base di tutti i cambiamenti produttivi; e avendo sempre il paziente al centro di qualsiasi intervento di riforma. Tali idee ispiratrici riflettono il pensiero sulla complessità e non sono necessariamente basate sulla logica riduzionista, causa-effetto.

In quinto luogo, potremmo semplicemente essere più umili nelle nostre aspirazioni. Mettendo da parte il mito dell'inevitabile progresso, dovremmo riconoscere che gli interventi su vasta scala a volte hanno effetti scarsi o nulli e che piccole iniziative possono talvolta produrre risultati imprevisti. Dobbiamo ammettere a noi stessi che non possiamo sapere in anticipo quale si verificherà.

In sesto luogo potremmo adottare un nuovo modello mentale che apprezzi la complessità dei sistemi di assistenza e capisca che il cambiamento è sempre imprevedibile, difficile da realizzare e richiede tempo, spesso è tortuoso e deve sempre essere adattato all'ambiente.

Dobbiamo trasformare – conclude Braithwaite – l'assistenza sanitaria in un sistema di apprendimento, con i partecipanti in sintonia con le caratteristiche dei contesti e con forti cicli di feedback per cercare di creare lo slancio per il cambiamento. Se costruiamo una prospettiva condivisa e attingiamo a nuovi paradigmi del pensiero, forse possiamo andare oltre le prestazioni degli attuali rigidi sistemi.

Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità Pubblica,
Università di Firenze,
promotore e coordinatore
del blog Saluteinternazionale.info,
Presidente dell'Osservatorio italiano
sulla Salute globale

BIBLIOGRAFIA

1. Braithwaite J. Changing how we think about healthcare improvement. BMJ 2018; 361 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k2014
2. Braithwaite J, Mannion R, Matsuyama Y, et al., eds. Health Systems Improvement Across the Globe. Success Stories from 60 Countries. CRC Press Taylor and Francis Group, 2017.

21 Maggio 2018

Il modello sindemico

Giampaolo Collecchia

La città che cura - Erika Rossi 2019

Un esempio di modello sindemico, nell'ambito delle malattie croniche, è lo studio delle complesse interazioni tra diabete tipo 2 e depressione, modulate dai fattori socioeconomici. Tale approccio può essere innovativo e rilevante perché invita, soprattutto il clinico, ad allargare lo "sguardo" per identificare le barriere e le circostanze che causano o comunque esacerbano le condizioni patologiche e svolgere un ruolo di contrasto verso le diseguaglianze.

Il concetto di modello sindemico è stato introdotto negli anni 90 da un antropologo medico, M. Singer. Il termine sindemico, sottoutilizzato e (relativamente) nuovo per una concettualizzazione in realtà nota, è la crasi delle parole sinergia, epidemia, pandemia ed endemia. Inizialmente applicato per le malattie infettive, in particolare HIV/AIDS e tubercolosi, il modello è utilizzabile per l'analisi delle interazioni di malattie o condizioni patologiche di qualunque tipo: patologie croniche non trasmissibili (ad esempio diabete, cancro, ictus, malattie mentali), tossicodipendenze, malnutrizione, alterazioni del comportamento[1]. In particolare, si propone di approfondire l'interazione sinergica tra due o più malattie e le situazioni sociali in cui le condizioni patologiche si realizzano, considerando non solo la classica definizione biomedica delle tipiche condizioni di comorbilità, ma anche, con uno sguardo allargato, l'interazione tra fattori genetici, ambientali e di stile di vita. Con le parole dello stesso Singer: "Syndemics are the concentration and deleterious interaction of two or more diseases or other health conditions in a population, especially as a consequence of social inequity and the unjust exercise of power". [2,3]

Alla base del costrutto ci sono tre criteri di base:

1. compresenza, in una stessa popolazione, di due o più malattie o condizioni di salute;
2. presenza di fattori contestuali e sociali in grado di creare le condizioni per il loro raggrupparsi;
3. il conseguente clustering determina una interazione negativa, sul piano biologico, sociale o comportamentale, aumentando il carico di malattia nella popolazione.

Il modello sindemico è applicabile sia a livello individuale, clinico, che di popolazione, soprattutto in comunità con sfavorevoli condizioni di vita per difficoltà economiche, disuguaglianza sociali, inadeguato accesso alle cure. Esso presenta un deciso orientamento ad evidenziare le reti di connessione tra lo stato di salute/malattia e i determinanti socioeconomici in grado di determinarne la diffusione e la progressione, evitando la frammentazione assistenziale tipica dei sistemi sanitari classici. Le implicazioni riguardano tutte le azioni volte a limitare le disuguaglianze sociali e l'esposizione a fattori ambientali nocivi, in una prospettiva generale di attenzione alla tutela ed alla promozione dei diritti umani[4].

Un esempio di modello sindemico, nell'ambito delle malattie croniche, è lo studio delle complesse interazioni tra diabete tipo 2 e depressione, modulate dai fattori socioeconomici. Sul piano biologico, E. Mendenhall e collaboratori descrivono l'aumentata incidenza di depressione nei pazienti diabetici e, al contrario, l'effetto della depressione sul rischio e le complicanze del diabete. Inoltre evidenziano le basi fisiopatologiche condivise tra le due patologie, in particolare la risposta infiammatoria e le alterazioni del trasporto glucidico, as-

sociate a pattern comportamentali quali consumo di cibi altamente calorici, scarso impegno per l'attività fisica e aumento di peso, favorito dagli antidepressivi, che secondo alcuni studi sarebbero anche responsabili del peggioramento a lungo termine del controllo glicemico[5]. L'interazione negativa risulta notevolmente accentuata in contesti caratterizzati da condizioni sociali quali povertà, migrazione, discriminazione, violenze, che favoriscono disturbi mentali e diabete, per la concomitanza di situazioni stressanti, iperalimentazione e ridotta attività fisica. Gli autori osservano anche il ruolo del mercato alimentare nel favorire un ambiente obesogeno e nel rendere l'associazione sindemica diabete e obesità difficilmente contrastabile nell'attuale contesto socio-sanitario. Come esempio di approccio sindemico viene riportato il cosiddetto VIDDA (violence, immigration, depression, type 2 diabetes, abuse), studiato nelle donne messicane immigrate negli Stati Uniti. Per una descrizione dettagliata del modello sindemico, del suo lessico e delle applicazioni in diverse realtà si rimanda ai riferimenti bibliografici[1,6,7,8].

Implicazioni pratiche

Il modello descritto ha sicuramente il merito di attirare l'attenzione e suscitare consapevolezza su un tema cruciale, che non interessa soltanto popolazioni lontane ma è vissuto anche nella nostra realtà, caratterizzata da un esponenziale aumento della povertà e delle disuguaglianze sociali. Tale approccio fornisce una cornice concettuale per un'analisi delle connessioni biosociali utile per realizzare interventi appropriati, in ambito clinico e di politiche sanitarie e invita a considerare l'intreccio dei pattern di fattori sociali, strutturali e fisiopatologici che interagiscono tra loro e modificano negativamente le traiettorie delle singole malattie, aumentandone il carico complessivo[9]. Applicare un approccio sindemico può essere pertanto innovativo e rilevante perché invita, soprattutto il clinico, ad allargare lo "sguardo" per identificare le barriere e le circostanze che causano o comunque esacerbano le condizioni patologiche.

Niente di nuovo peraltro sul piano ontologico. I professionisti della salute, soprattutto i medici di medicina generale (MMG), conoscono l'importanza dei determinanti socioeconomici e culturali, anche se ne tengono poco conto nella pratica professionale, contribuendo frequentemente a determinare una condizione definita come logica delle "cure inverse", per la quale si tende ad offrire di più a chi ha meno bisogno e risulta spesso a rischio minore. Il MMG peraltro sa che la realtà biologica della malattia si inscrive in un contesto sociale, economico e culturale che rappresenta il maggiore determinante della salute e che lo stile di vita riflette la risposta adattativa al bisogno di integrazione tra la cultura del singolo e quella della comunità di appartenenza, una caratteristica quindi più della società che degli individui.

Il problema non risolto è come tenerne conto effettivamente/efficacemente nella pratica professionale. Non basta infatti "nominare" una consapevolezza per renderla reale, come avviene per il "canto" della realtà degli aborigeni australiani, descritto da B. Chatwin[a]. Un approccio syndemics-oriented può essere innovativo e rilevante se non si limita ad essere strumento di lettura qualificata della realtà ma se influisce sull'azione, per realizzare una progettualità esplicita, documentabile, effettiva. La gestione effettiva dei determinanti extraclinici di salute, da parte dei professionisti sanitari, è infatti generalmente poco praticata, soprattutto a causa di una formazione accademica che tradizionalmente mantiene separati gli aspetti clinici ed extraclinici, enfatizzando i modelli di spiegazione biomedici, potenti ed efficaci ma scotomizzanti la soggettività del paziente e il suo contesto di vita (not our job)[10].

La Medicina generale (MG), che secondo l'OMS può essere considerata un determinante della salute, ha i riferimenti disciplinari, la visione olistica, lo "sguardo" a 360° che possono consentirle una consapevolezza maggiore, rispetto ad altre discipline, della rilevanza delle condizioni di svantaggio socioeconomico, psicologico e culturale. Non ha peraltro potere di azione su molti aspetti socio-sanitari e inoltre il MMG, ingabbiato in una logica di prestazioni ("appropriate e codificate") più che di presa in carico delle persone, ha poco tempo per riconoscere ed identificare le variabili di contesto. Esempio tipico è la depressione dell'anziano, espressione spesso di domande-richieste non sanitarie che però ricevono una risposta medicalizzante con la prescrizione di farmaci antidepressivi.

In particolare, il MMG potrebbe avere un proprio ruolo specifico nel riconoscere le disuguaglianze e orientare la pratica in modo da tenerne conto, ad esempio, nella valutazione del rischio e nella relativa scelta degli interventi, considerando tali condizioni come veri e propri fattori di rischio, da integrare nella valutazione clinica e verso i quali sviluppare capacità professionali e organizzative specifiche.

La teoria sindemica enfatizza inoltre la

necessità di un approccio epidemiologico assistenziale, in grado di definire percorsi, strumenti, metodi per descrivere/raccontare le storie degli incroci tra popolazioni, contesti (sanitari e non), istituzioni e realizzare un'organizzazione dei servizi, sanitari e non, appropriata per i bisogni delle persone e non soltanto auto-compatibile con modelli e risorse pre-definiti, in una società nella quale la salute è "di fatto" uno degli indicatori dell'economia e non risponde a criteri di diritto ma di compatibilità-sostenibilità economica[11].

Si tratta di realizzare percorsi assistenziali di integrazione/contaminazione tra la MG ed altri soggetti/servizi: infermieri, operatori sociali, specialisti, familiari, membri/risorse della comunità (ad esempio gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani etc.), supportati da politiche sanitarie che dovrebbero "riconoscere" la logica sindemica, l'associazione tra condizioni mediche e sociali, poste su un ideale piano cartesiano, con la salute per ascissa e la sanità per ordinata, flessibile tanto da diventare talvolta inclinato per espellere modelli incapaci di rendere descrivibili i veri bisogni della comunità. Il recente Piano Nazionale della Cronicità fa ben sperare in questo senso riconoscendo il grande contributo dei determinanti sociali nella definizione dello stato di salute, in particolare per quanto riguarda l'accesso a sistemi efficaci di prevenzione e cura. Le proposte di intervento riguardano ad esempio la definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili o in contesti sociali difficili, potenziando l'assistenza domiciliare integrata nelle condizioni di particolare disagio[12].

Una logica sindemica dovrebbe condurre alla ricerca/sperimentazione di profili di salute per una presa in carico dei diritti di cittadinanza delle persone, identificare i gruppi di popolazione a rischio e analizzare le diseguaglianze nella salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, stili di vita, etc. …). E' necessaria per questo una evidence-based policy, peraltro difficile da realizzare, per motivi tecnici, ad esempio la necessità di una multidimensionalità degli interventi e della integrazione di dati qualitativi e quantitativi, ma soprattutto culturali, legati alla controcultura medicalizzante della società e del mercato delle malattie. È ad esempio necessaria una valutazione accurata degli outcome, infatti interventi di politica sanitaria teoricamente utili si sono rivelati in pratica dannosi per la salute o paradossalmente responsabili di un aumento delle disuguaglianze, avendo un impatto maggiore nelle classi più elevate[13]. Qualunque progetto di ricerca dovrebbe comunque avere una progettualità tale da favorire la (ri)comparsa ed il ruolo discriminante delle persone-popolazioni come soggetti titolari di diritti, riconosciuti non solo teoricamente ma anche nei fatti[14].

La necessità di considerare la maggior parte delle comuni malattie, nella loro complessità, non solo negli aspetti prettamente clinici, ma anche come una questione di salute pubblica, invita anche a utilizzare i big data delle attuali tecnologie computazionali per lo sviluppo di politiche sanitarie multidimensionali e sistematiche in grado di integrare i determinanti biologici della salute con quelli economici e sociali[14]. Il modello sindemico allontana infatti l'idea che le malattie originano da forze misteriose o vengono determinate geneticamente ma solleva il problema della responsabilità nei loro confronti delle politiche sanitarie, evidenziando la necessità di un continuo impegno da parte delle istituzioni a mantenere effettivo il diritto alla salute degli individui e delle popolazioni.

Giampaolo Collecchia,
Medico di medicina generale, Massa.

Nota

(a) "I miti aborigeni sulla creazione narrano di leggendarie creature totemiche che nel Tempo del Sogno avevano percorso in lungo e in largo il continente cantando il nome di ogni cosa in cui si imbattevano, uccelli, animali, piante, rocce, pozzi, e col loro canto avevano fatto esistere il mondo" (B. Chatwin, Le Vie dei Canti).

BIBLIOGRAFIA

1. Singer M, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet 2017; 389: 941-50
2. Singer M. AIDS and the health crisis of the US urban poor: the perspective of critical medical anthropology. Social Science and Medicine 1994; 39(7): 931-948.
3. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. Free Inquiry in Creative Sociology 1996; 24(2): 99-110.
4. Boldrini P. Modello sindemico e modello IcF: separati alla nascita?
5. Mendenhall E et al. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression and diabetes among low-income populations. Lancet 2017; 389: 951-63.
6. Willen SS et al. Syndemic vulnerability and the right to health. Lancet 2017; 389: 964-77.
7. Douglas-Vail M. Syndemics theory and its applications to HIV/AIDS public health interventions. Int. J. Med. Sociol. Anthropol 2016. Vol. 4 (1); 81-90.
8. Anderman A. Outbreaks in the age of syndemics: new insights for improving Indigenous health. Can Commun Dis Rep. 2017; 43(6): 125-32.
9. Fruhbeck G, Kiortsis D, Catalan V. Precision Medicine: diagnosis and management of obesity. Lancet 2017; http://dx.doi.

org/10.1016/S2213-8587(17)30312-1.
10. Farmer PE, et al. Structural violence and clinical medicine. Plos Med 2006; 3: 1686-91.
11. Tognoni G, et al. Salute e Diritto. Pensieri per una progettualità di ricerca. Postfazione in: A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. ETS, Pisa, 2006
12. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 [PDF: 2,8 Mb]
13. Hemingway H, et al. Impact of socioeconomic status on coronary mortality in people with symptoms, electrocardiographic abnormalities, both or neither: the original Whitehall study 25 year follow-up. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 510-16.
14. Collecchia G. La medicina di precisione e le scienze omiche: risultati, promesse, disincanti. Assist Inferm Ric 2018; 37: 52-55.

3 Aprile 2019

La città che cura - Erika Rossi 2019

Il medico che ti salva la vita

Gavino Maciocco

Il medico di campagna (Médecin de campagne) - Thomas Lilti 2016

I medici di famiglia di Jamaica Plain usano un metodo incrementale. Essi seguono la salute del paziente nel corso del tempo, anche dell'intera vita. Tutte le decisioni sono provvisorie e soggette a continui aggiustamenti. Affrontano un problema specifico di un paziente senza perdere di vista la sua vita personale, la sua storia familiare, la sua dieta, i suoi livelli di stress, e l'intrecciarsi di tutte queste cose. Questo significa che nella medicina il successo non è determinato da vittorie episodiche e momentanee, sebbene anche queste abbiano la loro importanza. È determinato da una serie di passaggi graduali che producono progressi duraturi

Atul Gawande, chirurgo statunitense, professore alla Harvard medical school di Boston, è anche un brillante pubblicista: il suo primo libro, del 2002, "Salvo complicazioni: Appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta" è stato tradotto e venduto in oltre cento paesi; l'ultimo pubblicato in Italia è "Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo" (Einaudi 2016).

Internazionale, nel numero dello scorso 10 novembre, pubblica un suo lungo articolo dal titolo "Il medico che ti salva la vita". Chi conosce l'autore (e la sua specializzazione) avrebbe pensato: un chirurgo, magari un chirurgo d'urgenza. Invece no. Sorprendentemente il profilo del medico dotato di un tale straordinario potere risiede, secondo Gawande, nella figura che nell'immaginario collettivo ne è la più lontana, quella del medico di famiglia, del medico generalista che ha nella sua cassetta degli attrezzi pochi strumenti e poca tecnologia: quel medico che nella gerarchia delle specializzazioni mediche, almeno in USA, occupa il gradino più basso (anche in termini di remunerazione). Eppure, a dispetto di tutto ciò, è proprio lui che ti salva la vita.

Il ragionamento che fa Atul Gawande per giungere a tale conclusione è lungo e articolato ed è denso di riferimenti autobiografici, a partire dal motivo che lo ha portato a fare il chirurgo: perché voleva di diventare un "salvatore" di vite.

"Tendiamo ad avere una visione eroica della medicina, scrive Gawande. Dopo la seconda guerra mondiale, la penicillina e una serie di altri antibiotici sono riusciti a curare malattie batteriche che si pensava che solo Dio potesse eliminare. Nuovi vaccini hanno debellato la polio, la difterite, la rosolia e il morbillo. I chirurghi hanno aperto cuori, trapiantato organi e rimosso tumori prima inoperabili. Un'unica generazione ha assistito a una trasformazione nella cura delle malattie che nessuna generazione aveva conosciuto. E' stato come scoprire che l'acqua può spegnere il fuoco. Di conseguenza, abbiamo costruito i nostri sistemi sanitari come se fossero un corpo dei vigili del fuoco. I medici sono diventati salvatori. (…) Sono stato attirato dalla medicina per la sua aura di eroismo, la sua capacità di risolvere problemi gravi, e ho scelto la chirurgia perché mi sembrava il vero modo di salvare vite umane. La chirurgia interveniva in maniera decisa in un momento critico della vita di una persona, con risultati chiari, calcolabili e spesso risolutivi. In confronto settori come quelli della medicina generale sembravano vaghi e incerti. Quante volte si riusciva veramente a ottenere una vittoria convincendo i pazienti a prendere medicine che funzionano in meno della metà dei casi, a perdere peso quando pochi ci riescono, a smettere di fumare, a risolvere i problemi dell'alcol e a tornare a farsi visitare ogni anno, cosa che comunque non sembra fare molta differenza? Volevo essere sicuro di fare un lavoro che contava sul serio. Perciò – conclude

l'autore – ho scelto la chirurgia".
Ma questa granitica convinzione è stata messa alla prova dalla considerazione che quel modello basato sull'incendio da spegnere al più presto corrispondeva sempre meno alla realtà della medicina contemporanea, dove prevalgono le malattie croniche e dove gli incendi (usati come metafora di malattia) possono essere solo contenuti, possibilmente prevenuti, e che comunque non sono di competenza dei chirurghi.
Questa granitica convinzione si è alla fine sgretolata quando Atul Gawande è entrato in contatto con un ambulatorio di medicina generale situato in quartiere popolare e multietnico di Boston, che si chiama Jamaica Plain. Nell'ambulatorio ci sono tre medici a tempo pieno, diversi altri part-time, tre infermieri specializzati, tre assistenti sociali, un'infermiera, un farmacista e un nutrizionista.
"Parlando con Asaf Bitton, uno dei medici del gruppo di Jamaica Plain, della differenza tra il suo lavoro e il mio, e ho commesso l'errore di dire che rispetto a lui io avevo più possibilità di fare una netta differenza nella vita delle persone. Non era per niente d'accordo. La medicina generale, mi ha risposto, è la branca della medicina che nel complesso ha gli effetti maggiori, perché riduce la mortalità, migliora la salute generale e abbassa i costi della sanità. Asaf è un esperto conosciuto in tutto il mondo, e nei giorni successivi ha mostrato le prove di cosa volesse dire. Mi ha fatto leggere alcuni studi dai quali emerge che i paesi dove c'è una percentuale più alta di medici generici c'è un minor tasso di mortalità, in particolare di mortalità infantile e di mortalità provocata da cause specifiche come le malattie cardiache e gli ictus".
L'articolo non cita questi studi, ma questi si riferiscono senza alcun dubbio alle monumentali ricerche di Barbara Starfield, compianto professore di sanità pubblica presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimora (USA). Il paper (di quasi 50 pagine) "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health" pubblicato nel 2005 su The Milbank Quarterly[1], è una sorta di summa delle numerosissime pubblicazioni di Starfield e collaboratori sul contributo delle cure primarie allo sviluppo dei sistemi sanitari e alla tutela della salute. Nell'abstract si legge: "Vi sono chiare evidenze che le cure primarie aiutano a prevenire le malattie e a ridurre la mortalità. Le evidenze mostrano inoltre che le cure primarie (a differenza delle attività specialistiche) sono associate a una più equa distribuzione della salute nella popolazione".
Già dal 1990 ricerche effettuate in Usa dimostravano che gli Stati che avevano una più alta densità di medici di famiglia (primary care physicians) registravano migliori esiti di salute e minori tassi di mortalità per tutte le cause, in particolare per cardiopatie, cancro, ictus e mortalità infantile. In alcuni Stati come la Florida, l'incremento di un terzo nella presenza di medici di famiglia fu associata a una riduzione della mortalità per cancro della cervice uterina del 20%. In Inghilterra il tasso di mortalità per tutte le cause nella fascia di età 15-64 anni era più basso nelle zone con maggiore offerta di medici di famiglia (general practitioners, GP). Tornando in USA è stato rilevato che le popolazioni che sono servite da Community health centers (Centri di salute comunitari), dove la condizione per ricevere fondi pubblici è che siano basati su un'organizzazione di cure primarie, sono più sane – a parità di condizioni socio-economiche – di popolazioni assistite da altri tipi di cure. Le persone che si rivolgono ai Community health centers ricevono maggiori prestazioni preventive rispetto alla popolazione generale, dal pap test alle vaccinazioni.
Nell'ambulatorio di Jamaica Plain si visitano complessivamente circa 14 mila pazienti l'anno. In qualsiasi momento c'è un medico o un infermiere che visita un paziente geriatrico, che stabilizza una persona che ha avuto una crisi d'asma, che sutura una ferita, che incide un ascesso, che aspira un fluido da un'articolazione affetta da gotta, che gestisce la crisi di qualcuno con disturbo bipolare, che effettua una biopsia su una lesione sospetta della pelle, che inserisce una spirale contraccettiva.
"Il loro è una specie di grande magazzino della medicina. Ma Asaf insiste nel dire che non è così che i medici generici salvano vite umane. Dopotutto, per ogni situazione ci sono specialisti che hanno più esperienza e sono più capaci di verificare nel tempo quello che funziona. I medici generici non sono mai avvantaggiati rispetto a loro. Ma in qualche modo avere un medico che ti segue è meglio. Asaf ha cercato di spiegarmi il perché: 'Non è una cosa che facciamo, è tutto l'insieme' ha detto. Non ho trovato soddisfacente questa spiegazione e ho continuato a fare domande a tutti quelli che incontravo nell'ambulatorio. Come era possibile che andare da uno di loro per qualsiasi problema fosse meglio che rivolgersi a uno specialista? Invariabilmente arrivavano tutti alla stessa conclusione. 'È una questione di rapporto', dicevano. Ho cominciato a capire cosa volessero dire solo quando mi sono accorto che i dottori, gli infermieri e il personale che lavorava all'accoglienza chiamavano per nome quasi tutti i pazienti che entravano. Osservandolo mentre si occupava di un paziente che era arrivato con dolori addominali, Asaf non mi sembrava un dottore speciale. Ma quando mi sono reso conto che medico e paziente si conoscevano sul serio che l'uomo era stato lì tre mesi prima per un dolore alla schiena e sei mesi prima

per un'influenza, ho cominciato a capire l'importanza di quella famigliarità. Tanto per cominciare, implicava che quando il paziente notava sintomi potenzialmente gravi andava subito dal medico, invece di rimandare fino a quando non fosse stato troppo tardi. Questo è ampiamente dimostrato. E' emerso da vari studi che avere un medico che ci cura e ci vista regolarmente, una persona che ci conosce, influisce molto sulla nostra disponibilità a rivolgerci a lui in caso di sintomi gravi. Basterebbe questo spiegare il calo del tasso di mortalità. Guardando lavorare quei medici, ho cominciato capire che l'impegno di seguire i pazienti nel tempo li porta ad adottare un approccio alla soluzione dei problemi che è molto diverso da quello dei dottori che come me se ne occupano solo occasionalmente". (…)

"I medici di Jamaica Plain usano un metodo incrementale. Essi seguono la salute del paziente nel corso del tempo, anche dell'intera vita. Tutte le decisioni sono provvisorie e soggette a continui aggiustamenti. Affrontano un problema specifico di un paziente senza perdere di vista la sua vita personale, la sua storia familiare, la sua dieta, i suoi livelli di stress, e come tutte queste cose si intrecciano tra loro. Questo significa che nella medicina il successo non è determinato da vittorie episodiche e momentanee, sebbene anche queste abbiano la loro importanza. E' determinato da una serie di passaggi graduali che producono progressi duraturi.

Secondo i sostenitori del metodo incrementale dovremmo guardare un po' più lontano, dovremmo credere di poter individuare i problemi prima che si verifichino o poterli ridurre, ritardare o eliminare del tutto con un impegno regolare nel lungo periodo. Ma dovremmo anche accettare il fatto che non saranno mai in grado di prevedere o prevenire tutti i problemi. Il loro è un prodotto difficile da vendere. Il loro contributo è meno visibile di quello dei salvatori, ma anche più ambizioso. In pratica sostengono di poter prevedere e condizionare il futuro. E vogliono convincerci a investire su questa idea".

Il lungo articolo di Atul Gawande si conclude con un'altra nota autobiografica. Ricorda che suo figlio Walker è nato con un difetto cardiaco e nei primi giorni di vita ha avuto bisogno della chirurgia che ha chiuso i buchi del suo cuore e gli ha dato un nuovo arco aortico. Ma da quel momento in poi ha avuto bisogno della medicina incrementale che lo ha aiutato a superare molte difficoltà, anche scolastiche. "I chirurghi lo hanno salvato, ma senza la medicina incrementale non avrebbe mai avuto la vita lunga e piena che poteva avere", per questo "dobbiamo spostare l'attenzione dalla medicina eroica a quella che s'interessa delle persone per tutta la vita".

Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità Pubblica,
Università di Firenze,
promotore e coordinatore
del blog Saluteinternazionale.info,
Presidente dell'Osservatorio italiano
sulla Salute globale

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3):457–502

27 Novembre 2017

Sanità di iniziativa in Toscana

Lorenzo Roti, Sandra Gostinicchi, Irene Bellini

Il dottor Živago (Doctor Zhivago) - David Lean 1965

La sanità d'iniziativa, declinata attraverso il Chronic Care Model, ha dimostrato di essere uno strumento efficace nella gestione delle malattie croniche, prevenendo l'aggravamento delle patologie, riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso. In Toscana – dove più della metà della popolazione è assistita con questo modello – sta per entrare in vigore un nuovo approccio, non più basato sulle singole patologie, ma sulla stratificazione dei bisogni assistenziali e sul rischio cardiovascolare.

A partire dal 2010 è in atto in Toscana il progetto regionale sulla Sanità d'Iniziativa per la gestione delle malattie croniche, che prevede la costituzione di team multi-professionali composti da medici di famiglia (MMG – Medici di Medicina Generale) e infermieri territoriali, capaci di identificare, arruolare e seguire proattivamente i pazienti affetti da diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO) e esiti d ictus secondo il modello dell'Expanded Chronic Care Model. Oggi quasi 2 MMG su 3 in Toscana lavorano sulle malattie croniche con questo approccio, nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

In un precedente post del novembre 2015, sulla sanità d'iniziativa in Toscana, sono stati analizzati i risultati di 4 anni di presa in carico per diabete e scompenso cardiaco[1]. Tra i pazienti arruolati si evidenziava una significativa riduzione della mortalità e un non significativo aumento delle ospedalizzazioni, soprattutto programmate, rispetto ai pazienti con pari caratteristiche non arruolati. Tutti gli indicatori di processo relativi ai percorsi erano significativamente migliorati.

I dati aggiornati al 2015, elaborati e messi a disposizione del Servizio Sanitario Regionale, attraverso un report presentato a tutti i coordinatori di AFT della Toscana hanno consentito di accrescere le evidenze sulla positività dell'impatto del modello attivato nel 2010 in Toscana.

In particolare, il tasso di accesso al Pronto soccorso espresso su 1.000 abitanti (Tabella 1) per tutte le cause, escludendo traumatismi ed avvelenamenti, diminuisce significativamente tra gli arruolati.

Tasso di Accesso al Pronto Soccorso dei pazienti con patologia specifica	Non Arruolati S.I	Arruolati S.I.
BPCO	486,4	474,5
Diabete	411,3	402,2
Pregresso ictus	617,2	593,8
Scompenso cardiaco	788,8	767,6

Tabella 1. Tasso di accesso al pronto soccorso nel 2015 per prevalenti per patologia e disaggregato per arruolamento in Sanità d'Iniziativa (SI) (su 1.000 abitanti)

Tasso di Ricovero per DRG medici in acuto dei pazienti con patologia specifica	Non Arruolati S.I:	Arruolati S.I.
BPCO	192,2	177,5
Diabete	162,0	152,3
Pregresso ictus	272,8	251,1
Scompenso cardiaco	398,7	369,9

Tabella 2. il tasso di ospedalizzazione nel 2015 in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medico, per prevalenti per patologia e disaggregato per arruolamento in Sanità d'Iniziativa (su 1.000 abitanti)

Analizzando poi gli indicatori di esito, si osserva che c'è una diminuzione del tasso di ospedalizzazione in reparti per acuti, regime ordinario e DRG medici, che nel 2015 era del 52,2/1000 tra gli arruolati, vs 53,9/1000 dei non arruolati, a livello regionale.

Anche analizzando il tasso di ospedalizzazione patologia specifico (espresso su 1.000), si osserva nel 2015 una diminuzione rilevante tra gli arruolati nella SI (Tabella 2).

La sanità di iniziativa in questi anni ha dunque consentito al Servizio Sanitario Regionale di avviare una seria evoluzione del sistema di Cure Primarie, affidandogli una missione propria nei processi di prevenzione e gestione della cronicità, secondo un modello orientato alla comunità e ispirato ai principi dell'Expanded Chronc Care Model, che ha prodotto risultati di qualità e salute mai ottenuti precedentemente con modalità organizzative monoprofessionali.

Oggi Regione Toscana può quindi chiudere il primo ciclo di miglioramento della qualità (identificare i problemi nella qualità dell'assistenza sanitaria, raccogliere i dati e valutare l'assistenza, scegliere linee-guida e criteri, migliorare l'assistenza) e riavviare uno nuovo ciclo capace di valorizzare al meglio l'esperienza fatta, i risultati ottenuti e lavorando per le criticità rimaste o emerse dal modello scelto.

L'evoluzione del modello

Con delibera della Giunta Regionale Toscana numero 650 del 5/7/2016 "Sanità d'iniziativa – Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello" sono state approvate le nuove linee di indirizzo per la definizione della azioni di Sanità di Iniziativa che Regione Toscana avvierà, in accordo con la Medicina generale, nei primi mesi del 2017.

Considerando che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno importante nella realtà toscana[2], possiamo ritenerci soddisfatti di quanto finora ottenuto con la Sanità di iniziativa, ma si pone l'esigenza di un aggiornamento del modello. Tale revisione va anche accompagnata con l'incremento della copertura, visto che tale programma non coinvolge ancora la totalità degli assistibili toscani.

Il nuovo modello concettuale supera in qualche modo l'impostazione assistenziale per patologia in cui gli arruolati venivano inseriti in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) standardizzati per quella patologia (disease focused care) e gli indicatori tenevano conto dell'applicazione dei PDTA. La filosofia alla base del nuovo progetto riconosce quale elemento focale la stratificazione degli assistiti per classe di rischio secondo il modello della piramide del Kaiser Permanente, differenziando in tal modo gli interventi da applicare[3] in base ai bisogni specifici (Figura 1).

1 Gli assistiti all'apice della piramide (target A): pazienti complessi e ad alto consumo di prestazioni prevenibile con il care management (processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza cucita/taylored sull'assistito in base ai suoi bisogni). Il care management si basa sulla formulazione di piani assistenziali individuali (PAI) strutturati, che prevederanno, in una logica di team funzionale multiprofessionale, il coinvolgimento prioritario dei MMG e del personale infermieristico, con la collaborazione, se necessaria, di medici specialisti, fisioterapisti e personale di assistenza sociosanitaria.

2 Gli assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare (alto RCV) e diabetici (target B1) e gli arruolati della fase progettuale precedente non inclusi nei target A e B1 (target B2), siti nella parte intermedia della piramide. Questi pazienti presentano già una malattia cardio-vascolare conclamata, o rientrano tra gli individui particolarmente esposti a sviluppare queste patologie e identificabili prima delle manifestazioni cliniche sulla base di fattori tra cui sesso, età, diabete, pressione arteriosa, colesterolemia, abitudine al fumo di tabacco e altri fattori di rischio comportamentali (identificati utilizzando il software sviluppato nell'ambito del progetto Cuore-ISS [4]). Sono entrambi approcci costo-efficaci, sia l'attuazione di misure preventive che agiscano cambiando gli stili di vita negli individui a rischio, sia l'offerta di cure appropriate secondo i già consolidati PDTA specifici

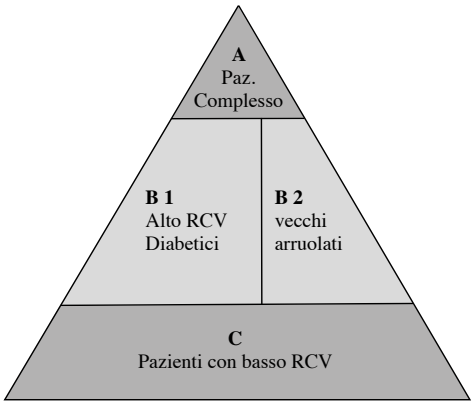


Figura 1. Nuovi target della sanità d'iniziativa in relazione alla differente complessità assistenziale

per patologia, e sicuramente l'effetto preventivo maggiore si raggiunge quando tali approcci sono combinati. Il modello assistenziale è incentrato sulla persona (person focused care) e sull'empowerment del paziente[5].

3 Gli assistiti con basso rischio cardiovascolare (basso RCV) (target C), alla base della piramide, saranno inseriti in un sistema di supporto all'autogestione, che preveda di sviluppare azioni tendenti a migliorare la qualità della vita rispetto all'attività motoria, all'alimentazione, all'alcol, al fumo di sigarette ovvero a più corretti stili di vita. L'obiettivo è quello di facilitare la costruzione di reti di opportunità, che sviluppino a vari livelli – Regione, ASL, Zona Distretto, Dipartimento di Prevenzione – interventi di promozione della salute e sui suoi determinanti, con la eventuale partecipazione di comuni, scuola, imprese, organizzazioni di volontariato, ecc.

Questo modello presuppone uno scenario di stretta collaborazione ed interazione tra i vari soggetti: medici di medicina generale, aziende sanitarie, zone distretto, medici di comunità, specialisti, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti ed operatori dei dipartimenti di prevenzione. Tutti i vari soggetti assumono un ruolo rilevante nella costruzione del percorso sanitario di un individuo che non è costante nella vita ma è transizionale: dalla fascia a basso rischio (assistiti target C) si può passare all'alto rischio o addirittura sviluppare una patologia (target B) che poi può complicarsi fino ad assumere le caratteristiche dell'alta complessità (target A). La presa in carico tempestiva intercettando ed inquadrando i pazienti nelle varie posizioni nella piramide di stratificazione del rischio e la garanzia proattiva dell'intervento giusto al momento giusto da parte del professionista giusto al paziente giusto, possono evitare, o quantomeno ritardare il più possibile, lo spostamento verso l'apice della piramide.

Lorenzo Roti e Sandra Gostinicchi,
Regione Toscana

Irene Bellini,
Scuola di Specializzazione
in Igiene e Medicina preventiva
Università di Firenze

BIBLIOGRAFIA

1. Irene Bellini e Paolo Francesconi. Sanità di iniziativa in Toscana. 10.11.2015.
2. Indici demografici e Struttura Toscana
3. Gavino Maciocco. Assistere le persone con condizioni croniche. 23.06.2011.
4. Cuore.exe è un software per la valutazione del rischio cardiovascolare scaricabile da www.cuore.iss.it
5. AHRQ Quality Indicators™ Prevention Quality Indicators [PDF: 520 Kb]

6 Febbraio 2017

L'uso ottimale delle risorse. Una questione etica

Chiara Bertoncello, Alessandra Buja

Ippocrate - Thomas Lilti 2014

Se il consumo di risorse è sproporzionato rispetto al beneficio, ciò che ne risulta è un male arrecato ad altri pazienti e alla comunità. Se, ad esempio, la scelta viene operata tra due trattamenti egualmente efficaci e l'operatore preferisce quello più costoso sottrae risorse che potrebbero essere utilizzate per altri pazienti in quello stesso contesto o in altri. Nel ventunesimo secolo, i medici hanno una responsabilità nei confronti della popolazione che servono, nei confronti dei pazienti che non vedono, come di quelli per i quali sono stati chiamati come medico di riferimento o consulente.

"Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure" (Codice deontologico medico, Art. 6).

"L'infermiere contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale." "L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili" (Codice deontologico dell'infermiere, Art. 10).

Le questioni micro-allocative hanno a che fare con le scelte che coinvolgono gli operatori sanitari nel loro lavoro di cura ed assistenza alla persona. Non si tratta di scelte economiche, ma di scelte clinico assistenziali che operano nell'esercizio della loro professione e che hanno ripercussioni in termini di giustizia distributiva. Il principio di giustizia distributiva contiene in sé i principi di non malefficenza e di beneficenza allargandoli oltre la persona che l'operatore sanitario ha di fronte nel momento in cui esercita la scelta, fino a comprendere l'intera popolazione.

Le scelte

L'operatore sanitario rivendica "l'autorità morale di essere esentato dalla considerazione dei costi nella sua azione rivolta alla cura della salute"[1], ma, nell'assumere una decisione in merito ad una prestazione, inevitabilmente consuma delle risorse (in altri termini si può dire che alloca delle risorse per il beneficio di quel paziente). Se il consumo di risorse è sproporzionato rispetto al beneficio, ciò che ne risulta è un male arrecato ad altri pazienti ed alla comunità. Se, ad esempio, la scelta viene operata tra due trattamenti egualmente efficaci e l'operatore preferisce quello più costoso, sottrae risorse che potrebbero essere utilizzate per altri pazienti in quello stesso contesto od in altri.

Muir Gray afferma: "Nel ventunesimo secolo, i medici hanno una responsabilità nei confronti della popolazione che servono, nei confronti dei pazienti che non vedono come di quelli per i quali sono stati chiamati come medico di riferimento o consulente. I singoli medici, mentre sono concentranti sui bisogni dell'individuo che hanno di fronte nel corso di una visita, stanno assumendo decisioni sull'allocazione e l'uso delle risorse per massimizzare il valore (in termini di salute) per tutte le persone che appartengono alla popolazione che servono"[2].

Va sottolineato che l'operatore sanitario è soggetto a pressioni opposte: le richieste particolari di pazienti, aziende ed altri portatori di interessi, spingono verso il sovra utilizzo delle risorse e per

contro, ai fini di contenere questa spinta, le organizzazioni sanitarie mirano al contenimento dell'offerta, con il rischio di sottoutilizzo delle risorse sanitarie. Ma qual è il giusto utilizzo?

In una recente pubblicazione apparsa su Lancet, si riassumono le leve che la letteratura rileva come efficaci nell'evitare tanto il sovrautilizzo quanto il sottoutilizzo delle risorse sanitarie[3]. Il lavoro definisce corrette le cure (Right care) mirate alla massimizzazione della salute e del benessere, attraverso l'erogazione di ciò di cui si ha bisogno, è voluto, è clinicamente efficace, affrontabile, equitativo, responsabile nell'uso delle risorse[4]. Potremmo quindi dire che il giusto utilizzo è quello adeguato rispetto ai bisogni di salute.

Fra le molteplici azioni che vanno adottate a diversi livelli del Sistema Sanitario, che riguardano l'attività degli operatori sanitari sono:

- Garantisci la sicurezza (vale a dire, non danneggiare).
- Sii efficace.
- Sii costo efficace.
- Sii accorto nel compare spese alternative.
- Garantisci interventi voluti da pazienti informati.[3]

È innegabile che la scelta che gli operatori sanitari compiono, nell'erogazione di prestazioni sanitarie, è il risultato di un processo decisionale articolato e difficile sotto il profilo professionale prima ancora che sotto il profilo deontologico ed etico. Pur rimanendo valido il principio di autonomia, cui consegue la responsabilità individuale dell'operatore sanitario, sono indispensabili strategie e strumenti a supporto del singolo, che garantiscano il raggiungimento del massimo valore in termini di salute condividendo le responsabilità delle scelte. Alcune strategie sono rappresentate da: lavoro di équipe, adozione / applicazione / monitoraggio di Linee guida e Protocolli, richieste di consulenza al Comitato di etica per la pratica clinica (laddove esista questa opportunità). [1,5] In Tabella 1 vengono riportate alcune domande e risposte relative al tema della micro-allocazione che possono rappresentare una sintesi, in chiave operativa, di quanto finora trattato.

DOMANDE	RISPOSTE
Quali risorse vengono gestite al livello microallocativo?	Tutte le risorse disponibili che comprendono: farmaci, dispositivi medici, spazi (occupazione della sala operatoria, dell'ambulatorio…), tecnologie (strumenti diagnostici), personale (inteso come tempo impiegato dall'operatore singolo e dall'équipe), etc.
Chi ha potere discrezionale nel consumo di risorse a livello micro?	Il singolo operatore nell'impiego delle risorse a lui disponibili. (le risorse disponibili possono essere definite dal livello gestionale/ organizzativo ex. Direttore dell'Unità Operativa, Direzione strategica).
Quali criteri devono essere seguiti nell'operare le scelte?	Efficacia Efficienza Appropriatezza (clinica, organizzativa, temporale)
Come garantire efficacia, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie?	Acquisire e mantenere conoscenze scientifiche Acquisire e mantenere abilità tecniche Acquisire e mantenere abilità personali Acquisire e mantenere capacità di lavoro in équipe Contribuire alla corretta informazione ed educazione del paziente in merito al suo ruolo nel contribuire al successo delle cure, attraverso l'adozione di stili di vita sani ed alla autogestione della malattia ("self management") Conoscere i costi delle risorse impiegate Conoscere i costi complessivi del percorso del paziente che deriva dalla scelta adottata Contribuire alla corretta informazione ed educazione del paziente in merito alle "giuste cure" Applicare linee guida e protocolli clinici secondo i bisogni del paziente Applicare linee guida e protocolli per la sicurezza dell'operatore e del paziente Rispettare i codici di comportamento Partecipare alla valutazione degli esiti dell'attività Partecipare al processo di miglioramento degli esiti Partecipare/innescare cambiamenti organizzativi

Tabella 1. Micro-allocazione delle risorse in sanità: domande e risposte.

L'attenzione al consumo di risorse è ormai riconosciuta come responsabilità ineludibile degli operatori sanitari, tanto da essere integrata nei codici deontologici di medici ed infermieri. Il principio di giustizia è applicato in tutti i modelli di Sistema Sanitario, ma la definizione di quale sia l'insieme dei destinatari delle prestazioni cui l'operatore sanitario deve riferirsi deriva dalla definizione dei criteri che condizionano l'accessibilità alle prestazioni stesse, e che differiscono a seconda del modello di Sistema sanitario. All'operatore sanitario viene chiesto di operare scelte assicurando un uso ottimale delle risorse ma la tipologia di prestazioni tra cui può scegliere possono essere molto diverse e non necessariamente fra le opzioni rientrano le prestazioni adeguate ai bisogni di salute della persona che ha difronte.

Il contesto

Gooch e Kahn confrontano l'offerta di prestazioni ospedaliere di Terapia Intensiva (TI) negli USA e in Gran Bretagna, utilizzando come indicatore il numero di posti letto di TI rispetto al numero della popolazione servita[6]. Negli USA ci sono 25 posti letto di TI per 100.000 abitanti con una spesa pari a circa 1% del Prodotto Interno Lordo (PIL) per le cure intensive; in Gran Bretagna, 5 posti letto di TI per 100.000 abitanti con una spesa pari a circa 0,1% PIL. Fra i due paesi non ci sono evidenze in termini di peggiori esiti dei trattamenti o di sopravvivenza; ciò che cambia è la tipologia di pazienti ricoverati, in Gran Bretagna la maggioranza dei ricoveri sono appropriati. Gli autori concludono che le scelte esercitate dagli operatori nei due diversi sistemi sono condizionate dalla disponibilità di posti letto; laddove c'è maggiore disponibilità l'operatore sceglie di ricoverare pazienti che non si giovano di un trattamento intensivo o perché con prognosi comunque in-

fausta o perché non in condizioni critiche. Diventa rilevante il ruolo di quegli operatori che sono coinvolti in scelte nell'ambito della programmazione e organizzazione sanitaria. L'obbiettivo di tali scelte dev'essere quello di garantire che l'offerta di prestazioni sanitarie sia adeguata rispetto ai bisogni di salute.

I posti letto che vengono messi a disposizione della popolazione servita devono avvicinarsi il più possibile a quelli necessari per i pazienti che ne traggono beneficio. Si deve evitare il razionamento, che espone i pazienti che si gioverebbero del ricovero in TI al pericolo per la vita, tanto quanto l'eccedenza, che porta ad un incremento di spesa senza migliorare le condizioni di salute dei pazienti assistiti. Se infatti non traggo ulteriori benefici dall'incremento di posti letto in TI (non aumenta la salute e quindi non cambia l'efficacia dei servizi di Area Critica), il maggior costo comporta una diminuzione delle risorse disponibili per interventi necessari al miglioramento delle condizioni di salute di altre categorie di pazienti. Se consideriamo infine l'intera popolazione i costi del Sistema Sanitario sono più elevato di quanto necessario per ottenere il livello di salute ottimale.

Machado ci racconta il dramma di una scelta: in qualità di responsabile del reparto di TI di un ospedale pubblico brasiliano. Machado deve rispondere alla richiesta di ricoverare in TI ed autorizzare l'ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) per una donna di 32 anni che ha contratto una polmonite e presenta i segni ed i sintomi di una insufficienza respiratoria[7]. A prescindere dalla scelta finale e dagli esiti, fanno riflettere i pensieri che si addensano nella mente del medico difronte a questa responsabilità:

- il trattamento ha qualche probabilità di salvare la vita alla donna, la probabilità è bassa ma è l'unico trattamento rimasto, tutti gli altri si sono dimostrati inefficaci;
- devo pesare la vita di questa donna rispetto a quella di altri pazienti che si gioverebbero di un trattamento in TI?
- la donna può accedere solo all'assistenza pubblica, se avesse maggiori possibilità economiche potrebbe rivolgersi alla sanità privata, là il ricovero in TI non sarebbe in discussione neppure se avesse novant'anni e fosse affetta da Alzheimer.

"La povertà è scioccante ma la diseguaglianza sociale può esserlo anche di più", conclude l'autrice. In Brasile coesistono il sistema pubblico e quello privato. La Costituzione definisce la salute un diritto dei cittadini ed un dovere per lo Stato. Ma si tratta di un diritto diseguale: le persone coperte dal sistema pubblico dispongono di servizi più poveri e meno accessibili rispetto alle persone coperte da assicurazioni private[8].

La visione

La società, attraverso le norme dello Stato, pone condizioni di esigibilità nei confronti della giusta risposta ad un bisogno di salute, con ripercussioni su sostenibilità ed equità. Il primo passo per garantire che tutte le istanze dei cittadini siano accolte è aumentare il livello di coscienza collettivo in merito al problema dell'equità e delle giuste cure e non esclusivamente a quello della sostenibilità del sistema sanitario, evitando che il problema diventi una mera questione amministrativa che richiede una soluzione da delegare agli amministratori. Ed è questa una responsabilità che non possiamo eludere come operatori sanitari; potremmo iniziare col porci e porre una domanda: il Sistema Sanitario Nazionale Italiano è sostenuto nelle scelte che si compiono a diversi livelli, dalla programmazione alla macro-allocazione fino alla micro-allocazione? Solo se la risposta fosse affermativa potremo porci la domanda: il Sistema Sanitario Nazionale Italiano è sostenibile?

Chiara Bertoncello, Alessandra Buja.
Università degli Studi di Padova

BIBLIOGRAFIA

1 M Iannuzzo. Microallocazione delle risorse in sanità: dilemmi quotidiani tra etica ed economia. (Relazione tenuta nell'ambito dell'VIII Corso di formazione in Bioetica dell'Istituto Italiano di Bioetica Campania: "Introduzione alla bioetica")
2 Gray J. The shift to personalised and population medicine. Lancet 2013;382(9888):200–201.
3 Elshaug AG , Rosenthal MB, Lavis JN , et al. Right Care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet 2017 Jan 6.
4 Comitato Consultivo Regionale di Bioetica. Parere su Riflessioni bioetiche sul rapporto tra economia e sanità. DGRV 4049, 22 dicembre 2004, All C.
5 Comitato Consultivo Regionale di Bioetica. Parere su Criteri di accessibilità in Terapia Intensiva. DGRV 3923, 30 dicembre 2002, All 2.
6 Gooch RA, Kahn JM . ICU bed supply, utilization, and health care spending: an example of demand elasticity. JAMA 2014; 311(6):567-8.
7 Machado FR. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil.N Engl J Med 2016; 375:2420-24.
Conselho Federal de Medicina. Levantamento de UTIs brasileiras [PDF: 59 Kb]. 2016.

9 maggio 2018

Promozione della Salute in Emilia-Romagna

La Legge Regionale n. 19 del 5 dicembre 2018

Paolo Pandolfi, Pasquale Ciccarelli, Gerardo Astorino, Maurizio Liberti

Il 5 dicembre scorso è stata pubblicata, sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, la legge regionale n. 19, che disciplina gli interventi in ambito regionale in tema di Promozione della Salute, benessere della Persona e della Comunità e Prevenzione Primaria. Il documento integrale è reperibile all'indirizzo http://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:2018;19

Si tratta di una iniziativa nata in seno alla stessa Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, la cui iscrizione all'ordine del giorno dei lavori dell'Assemblea era stata chiesta soltanto due mesi prima, il 10 di ottobre del 2018.

Questa è in assoluto la prima iniziativa legislativa su questo tema in Italia, con obiettivi chiari, ben descritti dall'articolo 1 della legge che riportiamo qui sotto:

Art. 1 - Finalità

la Regione Emilia-Romagna istituisce, regola e sostiene un sistema regionale universalistico, accessibile ed equo di promozione della salute della persona e della comunità persegue altresì gli obiettivi fissati dalla Organizzazione mondiale della sanità allo scopo di eliminare le malattie prevenibili, attuare politiche efficaci per l'invecchiamento sano, prolungare negli anni la qualità della vita, ridurre i bisogni di cura e realizzare il diritto di ciascun individuo al raggiungimento del più alto standard di salute fisica e psichica possibile.

La legge, dicevamo, ha seguito un iter molto rapido dalla prima proposta del Progetto di Legge fino alla sua definitiva approvazione, avvenuta con il consenso di tutte le forze politiche rappresentate in Assemblea Legislativa. Per comprendere i motivi di questo rapido e ampio successo dell'iniziativa abbiamo posto alcune domande al suo primo firmatario, Paolo Zoffoli. Riportiamo qui di seguito le sue risposte

1. Quali soggetti e/o quali circostanze hanno avviato il processo di costruzione della legge?

La nostra Commissione Regionale, Politiche per la Salute e Politiche Sociali, è composta da molti ex Amministratori o da Consiglieri che hanno avuto sul Territorio esperienze legate alla Sanità, esperienze che hanno portato a maturare la convinzione che la Prevenzione sia indispensabile per la Sanità del Futuro. In pochi mesi erano arrivati in Commissione, per cui pronti per la discussione, tanti atti, Progetti di Legge, risoluzioni, interrogazioni, proprio sul tema della Prevenzione, così ho avvicinato i vari Proponenti chiedendo loro se erano interessati a produrre un documento Comune.

Preso atto della disponibilità di tutti, abbiamo formalizzato un Intergruppo nel quale erano rappresentati tutti i Gruppi Consiliari.

L'Intergruppo ha programmato una prima visita a Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia (Centro di Formazione regionale in materia di Promozione della Salute – ndr), abbiamo approfondito i punti di forza e i punti di debolezza dell'ottimo Piano Regionale Triennale della Prevenzione e abbiamo deciso, all'unanimità, di lavorare assieme per produrre una Legge Regionale sulla Prevenzione.

2. Cosa a suo giudizio ha reso possibile il consenso unanime sul procedimento?

Il fatto che La Legge è stata costruita con un percorso condiviso: come Presidente della Commissione coordinavo l'Intergruppo, un mio collega del PD, molto bravo e paziente, stilava degli steps di avvicinamento che continuamente condividevamo con l'Intergrup-

po stesso e programmavamo i passaggi successivi. Abbiamo audito una trentina di Associazioni dei vari settori che erano stati segnalati dai Consiglieri.
Un percorso complesso e articolato (prima di arrivare alla stesura depositata abbiamo fatto decine e decine di stesure intermedie),che nelle fasi importanti ci ha portato a confrontare il testo con l'Assessore Regionale alla Sanità, con gli uffici Legislativi dell'Assemblea e con i Dirigenti dell'Assessorato che presiedono le Politiche per la Prevenzione.
Questo lungo percorso ha sempre visto coinvolti tutti i Gruppi Consiliari, quindi,alla fine tutti i Gruppi hanno sentito la nuova Legge un po' anche loro e di conseguenza è stato naturale sottoscriverla e votarla.

3. Quali potrebbero essere i primi risultati attesi?
Il primo grande risultato è stato che la sottoscrizione, il voto unanime di tutti i Consiglieri e la somma di 3,5 milioni di dote del PDL, aggiuntivi rispetto alle solite Politiche Regionali, hanno dato, a tutti, un forte "Segnale Politico" di importanza del Tema della Prevenzione!
Abbiamo voluto mettere chiaramente nella legge le modalità e le tempistiche di realizzazione dei vari steps, che andremo a verificare.
Da subito stiamo pressando l'Assessorato perché predisponga, con i finanziamenti previsti dalla legge, un programma di Informazione e Formazione e bandi in grado di interessare operatori dei vari Distretti sanitari Regionali atti ad avviare percorsi sperimentali di Prevenzione.
Tutti i Consiglieri, che hanno maggiormente lavorato per questo PDL, hanno assicurato che seguiranno sui Territori questi percorsi attuativi.

Dopo aver ascoltato il Legislatore, abbiamo voluto sentire anche la voce di una cittadina.
La signora Maria Luisa Astolfi è una cittadina di Bologna che ha seguito un percorso di empowerment e che dalla morte del marito promuove iniziative di sensibilizzazione sul territorio della AUSL di Bologna
Le abbiamo rivolto queste domande:

1. Come è venuta a conoscenza dei vari percorsi di promozione alla salute, dei professionisti che se ne occupano e di questa legge?
Sono venuta a conoscenza di questa legge partendo da una esperienza personale finita con la perdita di mio marito operato di tumore al polmone nel dicembre 2014 e morto nell'ottobre 2017.
Dopo aver scoperto che questo percorso è ampiamente riportato nelle statistiche mi sono messa a disposizione per iniziare a costruire un discorso serio di prevenzione con tutti i professionisti che ho avuto il piacere di incontrare.

2. Cosa si aspetta dalla legge regionale sulla promozione alla salute appena pubblicata
Mi aspetto che finalmente si capisca che non possiamo più scegliere e quindi che le parole scritte in questa legge non rimangano solo sulla carta ma siano accolte da chi di dovere con molta serietà.

3. Prevenzione: cosa ne pensa?
Avendo raccolto in questo mio percorso moltissimi dati e ascoltato molti professionisti sul campo, come cittadina, non posso che desiderare che la parola prevenzione abbia per tutti lo stesso valore della sanità, considerato anche che investire sulla prevenzione primaria porta un grosso risparmio sulla sanità stessa.

Come si vede gli intenti del Legislatore e le aspettative dei cittadini sono importanti, oltre che convergenti.
Sarà un esperimento da seguire con attenzione: se funzionerà potrà fungere da apripista per altre iniziative analoghe e- perché no – per una Legge nazionale

Paolo Pandolfi,
Pasquale Ciccarelli,
Gerardo Astorino,
Maurizio Liberti
Dipartimento di sanità pubblica
AUSL Bologna

La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione "su cosa genera salute" e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell'elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l'empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l'operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l'empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute.

Il volume è arricchito da un'Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.

Per informazioni: libri@edizioniculturasalute.com

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / http://cespes.unipg.it

EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

A quaranta anni dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nel riaffermare i principi che ne sono alla base - solidarietà, universalità e equità - purtroppo oggi "concetti a rischio" per il difficile momento di vita del Paese, si impone una profonda analisi e riflessione, per individuare criticità e proporre nuovi paradigmi per l'azione. Il testo presenta contributi scientifici di Geddes da Filicaia e Maciocco estratti da Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute e interventi al Convegno sul tema organizzato da SItI Umbria, tenutosi a Perugia il 13 dicembre 2018, che ricorda, tra l'altro, il ruolo della Scuola di Igiene di Perugia guidata da Alessandro Seppilli, uno dei padri della Riforma Sanitaria. Un vivace apporto al dibattito sulla attuale delicata fase della nostra Sanità - e non solo - è garantito dalla collaborazione con salute internazionale.info: contributi che ampliano l'orizzonte del dibattito a problemi etici, alla questione impellente delle disuguaglianze sociali in salute, ad esperienze di nuove strategie organizzative ed operative nell'odierno contesto di salute-malattia.

ISBN 978-88-85595-07-1

€ 20,00

Stampa Grafox srl Perugia - maggio 2019