

IL FATTO

La grave crisi del sistema sanitario del nostro Paese

Giuseppe Botti

G Ital Aritmol Cardioslim 2002;3:159-163

Divisione di Cardiologia, Ospedali Riuniti, Parma

Ospitiamo nella rubrica "Il fatto" il contributo del sen. prof. Botti, Primario in quiescenza della Divisione di Cardiologia degli Ospedali Riuniti di Parma. Il contributo è seguito da un intervento del prof. Salvatore Mangiameli, responsabile della rubrica.

Eventuali ulteriori commenti saranno graditi e verranno pubblicati nei prossimi numeri della rivista

Carlo Menozzi

Da tutti gli addetti ai lavori è ormai riconosciuto che l'efficienza e l'efficacia di un Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dipendono dai meccanismi operativi del sistema stesso, indipendentemente dalla sua natura pubblica o privata; ed è altrettanto accettato che razionalizzazione delle risorse e dell'offerta ed innovazione produttiva non possono prescindere dal prodotto e dalla sua qualità, che in Sanità è indubbiamente il bene salute dei cittadini malati.

Sotto questo profilo il nostro SSN è sempre stato un po' carente, anche ai tempi della Legge 833, ma questa carenza si è fatta più forte in questi ultimi anni.

Infatti, nonostante le leggi di riforma che si sono succedute dal 1992-1993 fino all'ultima del 1998, il nostro SSN continua a perdere vistosamente non solo in termini di qualità, efficienza e di equità, ma anche in termini di pura economicità aziendale, se è vero che tutte le Aziende Ospedaliere o USL continuano a chiudere ogni anno i loro bilanci con passivi più o meno importanti.

Com'è noto nel 1993-94 vengono istituite le Aziende Sanitarie, queste atipiche e contraddittorie innovazioni istituzionali, alla cui gestione vengono nominati dei Direttori Generali, quasi sempre puri tecnocrati dotati di poteri associati. Secondo le disposizioni di legge le Aziende dovrebbero correggere prioritariamente le anomalie del Sistema: la spesa troppo elevata; il gran numero di cittadini da assistere fino a tarda età; le domande/bisogni dei cittadini malati sempre crescenti e costose per l'introduzione di terapie farmacologiche e tecnologiche sofisticate e per questo molto costose. La legge, pertanto, prescrive rigore e risparmio, tagli di

prestazioni e di posti letto, ricorso al Privato. Le conseguenti innovazioni gestionali che i Direttori Generali adottano (senza alcuna consultazione con gli operatori sanitari e i sindacati di categoria!) sono sostanzialmente rappresentate da un sistema di finanziamento a budget e dai cosiddetti DRG (sigla americana che indica la qualità delle prestazioni rispetto alla loro quantità), che avrebbero dovuto rappresentare lo “strumento” per attuare un processo di razionalizzazione delle risorse e di innovazione produttiva nella presunzione che ciò potesse valere a contenere la domanda impropria, quindi i consumi e la spesa. Ma così non è stato, perché di fatto il razionamento selezionato dell’offerta, oltre ad aver determinato una diminuzione della garanzia del bene salute, ha causato imprevedibilmente, ma non tanto, anche un aumento della spesa. La dichiarazione che l’equilibrio di bilancio avrebbe dovuto costituire per l’Azienda un vincolo e non un obiettivo è così rimasto uno slogan più che un risultato perseguibile, anche perché l’obiettivo di contenimento della spesa avrebbe dovuto essere affidato a strumenti legislativi che contemplassero una riforma strutturale diversa dal Sistema e non atipiche innovazioni istituzionali e a una gestione di tipo verticistico e tecnicistico ispirata solo a concetti di pura economia aziendale.

L’Aziendalizzazione (istituzionalmente impropria e atipica) e la torsione economicistica (che ha ignorato del tutto gli sprechi e che ha reso prioritario il bilancio rispetto alla sua funzione sociale) hanno comportato, dunque, tutta una serie di “inconvenienti”: l’ottimizzazione-riduzione dei tempi di funzionamento degli ambulatori; la chiusura di posti letto; la riduzione della durata dei ricoveri; la pretesa di efficientismo ad ogni costo pur in carenza di strutture e di tecnologie adeguate, senza tenere in alcun conto la qualità e la specificità di ogni cura, di ogni prestazione diagnostica, di ogni paziente, favorendo così il pressapochismo, l’ignoranza professionale dei medici (fine dei comandi di aggiornamento professionale prescritti da leggi) e il non rispetto delle premesse morali individuali del Medico nel proprio agire. È dimostrato del resto che lo strumento della riduzione dell’offerta, nella presunzione che il suo razionamento (pianificazione) valga a contenere la domanda impropria e quindi i consumi e quindi la spesa, non ha mai prodotto risultati positivi com’è avvenuto in Emilia Romagna.

L’inadeguatezza dello strumento della pianificazione per contenere consumi e spesa in una società moderna e libera, e perciò strutturalmente soggetta anche all’induzione di consumi, dovrebbe essere in stridente contrasto con la tendenza e la necessità di costruire il welfare delle opportunità al posto del welfare delle garanzie del cittadino malato perché il sistema non garantisce, o garantisce poco, il diritto a un’assistenza corretta, giusta, con tempi di degenza sufficienti. Cittadini che pur contribuiscono direttamente alla spesa sanitaria (con i ticket sui farmaci e su tutti gli esami strumentali dai meno a i più sofisticati) con qualcosa che supera i 40 mila miliardi all’anno, e che in questi anni hanno giustamente acquisito una maggiore sensibilità e consapevolezza verso i problemi della salute e che vivono invece un rapporto paziente-sanità spersonalizzato, quasi asettico.

Né si comprende per quale pregiudizio culturale e ideologico la riduzione dei consumi e della spesa dovrebbe essere preferibile all’incremento delle entrate, se tali incrementi non sono a carico dello Stato o della collettività, ma a carico di scelte individuali o di categoria consapevoli. I sistemi pianificati, poi, sono anche iniqui, perché il razionamento non seleziona il bisogno improprio da quello reale e lascia soli proprio i meno protetti. Tali sistemi sono inoltre asfittici, non crescono, non sono produttivi, in quanto non creano occupazione, ricchezza e quindi opportunità per tutti.

In sostanza, si è considerata l’attività sanitaria più come un mercato che come un servizio di alta funzione sociale che mira al bene salute dei cittadini, che è un bene-diritto importante quanto la democrazia. Né ha contribuito a migliorare il Sistema tutta un’altra serie di carenze legislative: un’adeguata strumentazione impositiva e di controllo sulle maggiori componenti della spesa, quali il Personale e i Farmaci; l’aver alterato il quadro delle autonomie locali delineato dalla Legge 142 del 1990, con la conseguente impossibilità di qualsiasi controllo da parte dei Comuni e della comunità; l’aver creato, con la separazione delle Aziende Ospedaliere dalle Aziende USL, una irrazionale e spesso competitiva doppia rete di Servizi che ha parcellizzato l’intervento sanitario. E ciò in pieno clima di Federalismo!

Fallimento completo, dunque, sotto ogni punto di vista: legislativo, gestionale, assistenziale ed economico. E allora occorre decidere: o si torna alle garanzie e

alla coerenza della Legge 833 revisionandola adeguatamente per migliorarla, se si ritiene che ve ne siano le condizioni finanziarie e di sostenibilità politica e sociale nell'Italia di oggi; oppure si procede verso le non molte "opportunità" e "coerenze" che il nuovo sistema consente, governandone però le gravi anomalie, minimizzandone i rischi e i danni inevitabili. Stare in mezzo, come sempre, significa rinunciare e quindi porsi nelle condizioni di dover far posto ad altri (e già succede) nelle assunzioni di responsabilità di governare la mondializzazione in Sanità, riformando le istituzioni e il welfare, per dare, soprattutto ai giovani, un sistema adeguato alle esigenze del domani, anziché alle garanzie di un ieri che non c'è più.

Anche nella nostra stessa Regione, l'Emilia-Romagna, che aveva saputo creare un forte patrimonio di protezione sanitaria e sociale, esempio anche per altre realtà regionali, le cose sono cambiate. In questi ultimi anni anche da noi ci sono ritardi di programmazione, si sono evidenziati squilibri territoriali, si sta accentuando un dualismo tra Ospedali e Servizi Territoriali (visione ospedalocentrica malposta e male impostata), le "aree" di eccellenza negli Ospedali sono un lontano ricordo, il clima organizzativo all'interno dei singoli Reparti è pessimo con ripercussioni negative per operatori e malati e stiamo assistendo a un deficit di discussione, di confronto culturale e di ricerca di consenso.

Tre altri problemi importanti meritano di essere ricordati.

Il *primo problema* è rappresentato dal broglio Farmaci-Industria Farmaceutica. Il Formulario Terapeutico è ancora pletorico e pieno di farmaci obsoleti, inutili perché scientificamente inefficaci quando non addirittura pericolosi: tutti farmaci da banco. L'Industria Farmaceutica continua a lavorare in una condizione di mercato coperto, fa un'informazione esclusivamente e fortemente propagandistica solo a livello dei medici, attinge la sua forza da una obsoleta e superficiale sperimentazione clinica e, nonostante i notevoli profitti, destina alla ricerca un budget ridicolo: meno del 10% rispetto al 25% di Germania, Francia e Paesi Bassi e al quasi 40% dell'Inghilterra.

La spesa per i farmaci, poi, è uno dei punti più scandalosi.

Il sistema del ticket non ha funzionato: il 69% del consumo di medicine si riferisce al 20% di cittadini esen-

ti da ticket. Già nel 1991 dei 17,5 mila miliardi spesi dal SSN per farmaci, soltanto 2,4 miliardi sono stati pagati dai cittadini attraverso i ticket; se mettiamo a confronto questi 17,5 mila miliardi con i 20,6 mila miliardi che hanno rappresentato il fatturato annuale dell'Industria Farmaceutica, si deduce che lo Stato tramite le tasse dei cittadini ha pagato quasi l'intero fatturato dell'Industria Farmaceutica.

Il *secondo* è un problema fondamentale, irrinunciabile, se vogliamo vincere la sfida dell'epidemia di aggressioni alla salute lanciata all'uomo dei nostri tempi: la Prevenzione Primaria. Cioè Prevenzione intesa da una parte come rimozione o massima riduzione possibile non solo dei classici e noti fattori di rischio, ma di tutte quelle situazioni igieniche, ambientali, culturali, socio-economiche e psico-sociali che possono facilitare o provocare malattia; dall'altra Prevenzione intesa come promozione di tutte quelle situazioni che sono fattori di salute o di protezione della salute. Prevenzione Primaria e seria Educazione Sanitaria sono gli unici strumenti in grado di promuovere nei cittadini la formazione di quel bagaglio di conoscenze, di comportamenti e di atti utili per il BEN-ESSERE fisico e psichico della loro persona e quindi di scongiurare la malattia. Ed è colpevole che uno Stato e anche le Istituzioni sanitarie periferiche (regionali) stanzino nei loro bilanci cifre del tutto irrisorie per la Prevenzione, quando la spesa sanitaria, che è sempre stata ed è quasi esclusivamente diagnostico-curativa, non si accompagna a un contestuale aumento delle condizioni di salute del Paese.

Il *terzo problema* è rappresentato da quello che Vecchio ha definito la "spirale mercantile" dell'attuale sistema sanitario: "L'apertura al Privato e il ridimensionamento del Pubblico, se non la sua riduzione a dimensioni e funzioni residuali e la negazione del suo ruolo guida della 'politica della salute' (effetto aziendalizzazione)". E ancora ... "Il mercato e il liberismo in Sanità sono i più potenti creatori di bisogni entro la comunità sociale e funzionano attivando un circuito, tutt'altro che virtuoso, tale da determinare il suo automantenimento e la sua crescita indefinita... La pretesa dell'illimitatezza del diritto alle prestazioni individuali e collettive e il consumismo medico sono il frutto riconosciuto della logica del mercato i cui fruitori sono l'Industria Tecnologica (per la quale dipendiamo quasi totalmente dall'estero) e l'Industria Farmacologica".

A tutto questo si aggiunga che la privatizzazione, pubblicizzata come liberalizzazione di scelta e teorizzazione di efficienza (?), ha di fatto trasformato il paziente in cliente e la salute come merce da comprare, privilegiando però gli ambiti più remunerativi sia direttamente (come pagante in proprio totalmente o in parte) sia indirettamente (perché il paziente ha un buon peso con il suo DRG), scaricando così sul pubblico ciò che è più costoso.

Ed è allora in questo clima di grande malessere, di grande confusione della Sanità (una confusione che è legislativa ma anche di ruoli, di finalità, di progettualità e di risultati), una situazione che è causa di profondo malessere e malcontento dei cittadini e degli operatori sanitari, si rende indispensabile che si faccia una riflessione seria sulle leggi di riforma che oggi regolano il nostro SSN.

A nostro avviso queste leggi sono inemendabili e vanno abrogate. S'impone allora una rivisitazione ragionata, migliorata, adeguata ai nostri tempi della Legge 833 che per 20 anni ha presieduto con dignità alla nostra salute senza creare ingiustizie, scompigli e scandali.

Bibliografia

1. Vecchio C. La salute e il mercato. *Ital Heart J Suppl* 2000; 1(9);1188.
2. Vecchio C. Contro il liberismo in Sanità. *Ital Heart J Suppl* 2000;1(11);1472.

Indirizzo per la corrispondenza

Giuseppe Botti
Via Geminiano, 62
43029 Traversetolo di Parma
Tel.: 0521/842049

La grave crisi del sistema sanitario del nostro Paese

Risponde Salvatore Mangiameli

Ferme restando le molteplici verità contenute nell'articolo "La grave crisi del sistema sanitario del nostro Paese", a me sembra che la visione dell'amico Botti sia eccessivamente pessimistica. Se concordo sulle carenze del SSN circa l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse, non mi sento di dividerne il parere circa la qualità e l'equità dei servizi erogati.

È vero che il sistema di finanziamento a budget (DRG) non è forse lo strumento ottimale per razionalizzare le risorse e introdurre il concetto di innovazione produttiva (al fine di contenere la domanda impropria e quindi l'eccesso di spesa), ma è pur vero che laddove le aziende ospedaliere hanno avuto la ventura di essere affidate a un vero manager si sono visti realizzati obiettivi mai raggiunti prima, neanche con la Legge 833.

La legge attuale prescrive il contenimento della spesa ma la vita media si è allungata, è aumentato il numero di pazienti da assistere e di conseguenza sono lievitati i costi assistenziali, ma non è tornando alla 833 che si migliorerà il sistema, sia perché non esistono più le condizioni finanziarie necessarie, ma anche perché storicamente non si torna indietro. È innegabile comunque che l'attuale sistema vada migliorato attraverso tutta una serie di correttivi che devono impegnare non solo le forze politico-legislative, quelle amministrative ma anche quelle puramente tecniche (sanitari e parasanitari). Mi riferisco alla necessità di elevare il livello tecnico culturale-assistenziale esterno al fine di migliorare il filtro extraospedaliero, obiettivo che, a mio parere, è raggiungibile aumentando la possibilità per i medici di base di accedere in maniera rapida a laboratori diagnostici di primo livello nonché aumentando il numero degli specialisti sul territorio. Un buon filtro esterno permetterebbe un utilizzo più appropriato delle strutture ospedaliere che non necessitano affatto di un ampliamento, ma di una razionalizzazione di impiego, ottenibile attraverso il potenziamento e la diffu-

sione di quelle per la emergenza-urgenza (anche attraverso il financial project cioè l'utilizzo di capitali privati) e la trasformazione dei piccoli ospedali non più competitivi in centri per la riabilitazione e in strutture per lungodegenti.

Con riferimento alla qualità dell'assistenza non concordo circa il presunto aumento del pressapochismo e dell'ignoranza professionale dei medici, né ritengo sia venuto meno il rispetto delle premesse morali individuali del Medico nel suo agire. È sotto gli occhi di tutti che la mortalità è nettamente diminuita per molteplici patologie ed è palese che il merito va dato anche alla capacità dei Sanitari di essersi costantemente aggiornati utilizzando le informazioni scaturite dalla "evidence-based medicine" oltre alla capacità, sempre più diffusa, di saper utilizzare metodiche diagnostiche e terapeutiche nuove, altamente sofisticate.

Infine, con riferimento all'equità dell'assistenza sanitaria in Italia, non può essere disconosciuto che il numero dei pazienti che hanno potuto godere dell'assistenza ospedaliera, anche attraverso il trattamento in day hospital, è nettamente aumentato.

Quindi se è vero che la salute del cittadino è un bene diritto importante quanto la democrazia, bisogna prendere coscienza che non abbiamo la possibilità di continuare a dare tutto a tutti, perché questa filosofia porterà, prima o poi, a dover negare, a chi ne ha veramente bisogno, l'indispensabile.

Coscienti che l'attuale SSN non sia il "sistema ideale", dobbiamo riconoscere che molteplici sono gli aspetti positivi, ma che è necessario un costante aggiornamento per mantenere un buon livello assistenziale e non perdere il diritto di essere, a tutti gli effetti, cittadini europei.

Indirizzo per la corrispondenza

Salvatore Mangiameli
Divisione di Cardiologia C/UTIC
Ospedale Garibaldi
Catania
Tel.: 095/594351
Fax: 095/326859
e-mail: utic.catania@anmco.it