



## Spesa sanitaria e sistema di welfare in tempi di crisi economica

di **Giuseppe Zuccatelli**  
Presidente Agenas

Come è noto, in Europa sussistono grandi differenze tra i servizi sanitari, sia per quel che riguarda il rapporto fra il Pil e la spesa sanitaria, sia in termini di organizzazione dei servizi e di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Indubbiamente la crisi ha ampliato ulteriormente le differenze tra i welfare nazionali assestando colpi un po' a tutti, proprio in un momento di grande fragilità, quando le fasce più deboli necessiterebbero, invece, di una maggiore tutela.

Tutta l'Europa è stata sottoposta a una politica di contenimento della spesa, compresa quella sanitaria, senza però tenere nella giusta considerazione l'impatto che tale politica di rigore avrebbe avuto sulla tenuta del sistema sociale.

Valga per tutti l'esempio tristemente noto della Grecia, dove lo Stato ha stabilito tagli del 40% alla sanità pubblica, creando notevoli difficoltà agli ospedali che hanno dovuto far fronte a un incremento del 25% di persone che si rivolgono alle strutture pubbliche, aumento causato dall'impoverimento della popolazione. La rivista *Lancet*, che ha condotto uno studio sullo stato della salute pubblica greca, ha così sintetizzato le sue conclusioni: «L'esperienza della Grecia ci avverte dei rischi di tagli alla sanità in tempi di recessione. E chi sta pagando il prezzo più alto della crisi, non solo in termini di occupazione, reddito, sicurezza, ma anche in salute, è la «ordinary people», la gente comune. Per questo è necessaria la massima attenzione alla salute e all'accesso alla sanità, per assicurare che la crisi non metta a repentaglio la primaria fonte di ricchezza della Grecia: la sua gente».

Siamo ormai arrivati al sesto anno di crisi economica e in Italia possiamo dire che il sistema sanitario ha tenuto, nonostante la presenza di alcune criticità, come l'allungamento delle liste di attesa e l'incremento del ricorso alla compartecipazione della spesa da parte dei cittadini.

Tuttavia da diverso tempo si sostiene, un po' in tutti gli ambienti – sanitari e non – che la sanità nazionale sia l'ambito dove più di ogni altro settore si annidano gli sprechi, che la spesa sanitaria è fuori controllo, che occorre intervenire con decisi tagli, senza contare le cifre che vengono prodotte (non si sa bene in base a quali dati) per dimostrare che sommando sprechi, inefficienze, corruzione si potrebbe, senza tagliare i servizi, risparmiare svariati miliardi l'anno.

Viceversa, gli ultimi dati dell'Ocse dimostrano che la spesa sanitaria italiana negli ultimi anni è diminuita, attestandosi al 9,2% del Pil. Ovvero, spendiamo meno di Francia (11,6%), Germania (11,3%) e Paesi Bassi (11,8%).

Inoltre, gli indicatori di salute dell'Ocse ci dicono che abbiamo un'aspettativa di vita molto alta (82,3 anni), una bassa mortalità per malattie cardiovascolari e altrettanto bassa mortalità per cancro, e collocano il nostro Paese ai vertici della graduatoria, indicando, così, una buona capacità di governance sanitaria.

Anche dal punto di vista dell'efficienza del sistema, la recente classifica Bloomberg ci colloca

al terzo posto, dopo Singapore e Hong Kong, tra i 51 Paesi più sviluppati economicamente; anche in questo caso il sistema ha retto: in un solo anno infatti siamo saliti dal sesto al terzo posto, nonostante il calo della spesa sanitaria.

Stando ai dati di Bloomberg sembrerebbe, quindi, un'ottima performance dell'Italia relativamente all'efficienza nell'uso delle risorse in campo sanitario; il nostro tanto bistrattato sistema sanitario pubblico risulta, infatti, al primo posto tra i Paesi europei in base agli indicatori utilizzati dal gruppo di economisti di Bloomberg che sono, ricordiamo, oltre all'aspettativa di vita media, soprattutto indicatori di carattere economico, come la percentuale di spesa sanitaria sul totale del Pil e la spesa totale pro capite per la sanità.

Ciononostante, dobbiamo pensare a come e dove tagliare ancora, anche se l'efficienza del sistema e il suo basso costo (rapportato a quello degli altri Paesi occidentali) ci indicano che i margini di manovra non possono essere ampi e che, contemporaneamente, si pone il problema di come sostenere gli oneri dell'innovazione tecnologica.

Sicuramente si può intervenire ancora per eliminare sprechi e inefficienze: basti pensare che si può incidere sulla partita dei beni e servizi non sanitari, nonché sulla spesa farmaceutica che segna, tuttora, una differenza tra alcune Regioni del 20-30%.

Infatti, mentre ormai è assodato che la differenza del sempre citato prezzo della siringa è la dimostrazione lampante dell'inefficienza, della perdita di credibilità della sanità, sappiamo bene che i costi standard (che, ricordiamo, devono servire a ottimizzare il Fondo sanitario nazionale e non a determinarlo), rappresentano la strada da seguire per evitare sprechi e differenze tra i Sistemi sanitari regionali.

L'esempio che possiamo citare, anche sulla base di studi recenti condotti da Agenas, è quello del mercato degli stent medicati, dove sono state rilevate differenze per l'acquisto dello stesso prodotto (e della medesima marca) che arrivano a più che raddoppiare il prezzo se acquistati attraverso una gara di appalto aziendale invece che tramite una centrale unica di acquisto regionale.

La questione di fondo è – e resta – come conciliare il rigore con la qualità dell'erogazione dei Lea. Se si va a incidere sui bilanci regionali, inevitabilmente si tocca la sanità che assorbe oltre il 70% delle risorse regionali.

Questi ultimi anni di esperienza di controllo della spesa nelle Regioni in Piano di rientro hanno portato, senza dubbio, a un risultato positivo nel conseguire il pareggio di bilancio, ma ci si è concentrati, soprattutto, sui fattori economici. In altre parole, molto sul "riequilibrio dei conti" e poco sulla "riqualificazione". La conseguenza è stata un ulteriore divario nell'erogazione dei Lea tra le Regioni virtuose e quelle in Piano di rientro, con un rischio di deterioramento della qualità delle cure erogate, anche nelle Regioni virtuose.

Proprio dall'esperienza delle Regioni che negli ultimi anni hanno affrontato i Piani di rientro possiamo trarre qualche indicazione utile per una razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento all'area dei beni e servizi, dei dispositivi medici, alla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, a eccezione, naturalmente, dei farmaci innovativi e salvavita.

Ma, vorrei aggiungere, in questo momento storico in cui la crisi economica, a livello europeo e nazionale, impone una revisione critica del nostro operato per quanto riguarda le politiche sanitarie fin qui applicate, sia a livello nazionale sia regionale, abbiamo maturato la consapevolezza che, se vogliamo raggiungere ulteriori obiettivi di risparmio, sono indispensabili strumenti di cui ancora non disponiamo.

Vi sono problemi in sanità che tutti conoscono, ma che nessuno osa non solo affrontare, ma addirittura *nominare*. Solo per fare un esempio: la frattura, non solamente organizzativa, ma culturale e professionale, tra medicina ospedaliera e medicina del territorio. Ancora: l'impossibilità di coinvolgere i medici di medicina generale in un processo negoziato di obiettivi e cambiamenti, com'è, invece, ormai consuetudine negli ospedali. Infine, dobbiamo considerare le logiche diverse della medicina universitaria rispetto a quella ospedaliera pura. Questi tabù oggi si possono aggredire perché i vincoli economici in cui opera il nostro Servizio sanitario nazionale impongono di affrontare in modo laico ciò che prima non si osava nemmeno nominare.

Un primo suggerimento: a mio parere, occorre rivolgere un'attenzione nuova alle abitudini iperprescrittive di molti medici, una pratica che tutti ben conosciamo, individuando gli strumenti opportuni di controllo, basati sulle evidenze scientifiche, non certo con intenzioni vessatorie, ma con l'obiettivo di intervenire per razionalizzare la spesa. Chi, come il sottoscritto, naviga da molti anni nelle acque tumultuose dell'organizzazione dei Servizi sanitari, ricorda bene che, prima del 1978, l'ente mutualistico convenzionava medici e ospedali, rimborsava i farmaci e vigilava sul corretto comportamento di tutti i soggetti erogatori di prestazioni, arrivando, in caso di eccesso di prescrizioni, a sospendere la convenzione con il medico che dimostrava di prescrivere oltre il dovuto.

Una seconda riflessione si impone, se vogliamo affrontare con rigore la revisione della spesa in sanità. Una delle maggiori criticità del sistema sanitario è costituita dalla sua frammentazione, ovvero da un sistema di risposte separate sul percorso di prevenzione/cura/riabilitazione, non in grado di interagire e fare sinergie, divenendo ognuna di esse insufficiente, se letta come sistema. Ci troviamo in presenza di almeno cinque figure professionali di medici che operano, spesso ognuno per proprio conto, nella complessa organizzazione della sanità: il medico di medicina generale; il medico di continuità assistenziale, meglio conosciuto come guardia medica; il medico specialista convenzionato; il medico ospedaliero; il medico universitario.

Si tratta di distinzioni che per lo più sfuggono all'opinione pubblica, al cittadino in cerca di risposte al proprio bisogno di salute. E poiché il medico è la risorsa professionale che costituisce la spina dorsale del sistema salute, occorrerebbe una vera rivoluzione copernicana per unificare definitivamente l'impianto e l'utilizzo di tale risorsa. Si deve andare alla costituzione di un rapporto unico dei medici e dirigenti sanitari con il Servizio sanitario nazionale, accorpando tutti gli attuali distinti rapporti della dipendenza e della convenzionata. Pertanto, sarebbe auspicabile un'unica modalità di accesso, un'unica modalità di carriera, un unico contratto, un'articolazione interna e interscambiabile delle funzioni tra ospedale, cure primarie, assistenza domiciliare e assistenza specialistica territoriale. Il recente Decreto Balduzzi (D.L. 158/2012) ha previsto l'unificazione delle prime tre figure professionali che abbiamo elencato, ma ha lasciato fuori dalla riforma le due ultime, una lacuna che andrebbe colmata. Infine, una terza via per liberare ulteriori risorse dovrebbe essere quella di mettere mano a una riforma che trasferisca le 30 Facoltà universitarie di medicina presenti nel nostro Paese, dalla

competenza del Miur a quella del Ministero della salute.

Infatti, la peculiarità del percorso formativo dei medici e di altre professioni sanitarie – sia per quanto attiene ai corsi di laurea sia ai corsi di specializzazione – è costituita dall'esigenza assoluta che la formazione avvenga in ambiente ospedaliero e, più in generale, sanitario. L'assetto organizzativo della formazione medica presuppone la totale disponibilità di una rete ospedaliera dedicata in via esclusiva, che, anche per ragioni di costo, diviene incompatibile, da un lato con le risorse e le caratteristiche della formazione universitaria classica, e dall'altro con le risorse che il sistema sanitario deve porre a disposizione della formazione medica, con oneri tanto ingenti quanto aggiuntivi e quindi ormai non più ammissibili.

Viceversa, con l'allocazione delle facoltà mediche nel Ssn e la dipendenza non più dal Miur, ma dal Ministero della salute, sarebbero gli ospedali e le strutture territoriali del Servizio sanitario la sede unica della formazione, sia per la laurea sia per la specialistica, e cesserebbe la necessità di duplicare le risorse messe a disposizione, poiché sarebbero le risorse del Fondo sanitario nazionale le stesse utilizzate per la formazione. Resterebbero, ovviamente, invariate le norme di reclutamento e i trattamenti del personale docente che però opererebbero nelle Aziende sanitarie e sotto il controllo del Ministero della salute.

Quelli che abbiamo individuato sono punti che necessitano, come è ovvio, di ulteriori approfondimenti e che non vogliono essere altro che uno stimolo alla discussione nelle sedi opportune, ma, a nostro giudizio, sono diventati argomenti non più prorogabili, dato il contesto di difficoltà che la crisi, a livello internazionale e nazionale, ha creato per l'intero sistema sanitario e di welfare. Sì al rigore, quindi, ma massima attenzione all'innovazione, tagliando sprechi e inefficienze e conciliando, al tempo stesso, rigore e sostenibilità.

Si a un maggiore sforzo, anche economico attraverso le risorse risparmiate, nella ricerca e nella valutazione delle nuove tecnologie. Occorre far crescere una cultura del cambiamento che richiede, anche, il superamento della tradizionale resistenza del Servizio sanitario nazionale a recepire e ad adattarsi alle innovazioni.

Questo difficile scenario offre comunque grandi opportunità. La questione della sostenibilità ha fatto nascere movimenti importanti quali quello di Choosing Wisely (scegliere con saggezza) confluito in Italia di fatto nel movimento di Slow Medicine che ha come slogan “*Fare di più non significa fare meglio*”. L’attenzione quotidiana alle scelte cliniche consente ancora importanti margini di recupero e permette inoltre ai professionisti della sanità di sentirsi attori importanti delle politiche orientate alla sostenibilità.

Quello che ancora non è nato, ma dovrebbe esserlo, è un movimento in cui scegliere con saggezza non riguarda solo i processi clinici, ma anche gli atti programmatori. Qui una luce si vede anche grazie al Regolamento sugli standard ospedalieri che sta introducendo il principio dei volumi minimi come possibile strumento per la razionalizzazione dell’offerta e per il disinvestimento mirato sui punti di erogazione a minore efficienza.

Dobbiamo rivedere le nostre posizioni, la nostra mentalità, per trovare la capacità di fronteggiare la crisi economica, non solo rinnovare macchinari e tecnologie, perché nel prossimo futuro cambierà il modo di curare le persone e dobbiamo adeguarci. Occorre più prevenzione, più territorio e meno ospedale, ormai ne siamo tutti consapevoli.