



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

02.2017

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

Il Servizio Sanitario Nazionale:
un sistema voluto dagli Italiani,
ma bisognoso di profonde modifiche

Breve storia di una grande conquista

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, cioè garantisce la tutela della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, senza distinzioni di genere, residenza, età e condizioni sociali. È finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali attraverso i ticket sanitari e i ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate.

È un sistema che pone, dunque, le sue fondamenta nei principi di responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della comunità e della persona, di universalità e di uguaglianza e di equità di accesso ai servizi sociali, sanitari, educativi; di informazione e di partecipazione dei cittadini; di libertà di scelta; di globalità della copertura assistenziale; di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge.

La conquista di un sistema come questo è arrivata però dopo anni difficili, in cui l'assistenza sanitaria era tutt'altro che un diritto.

Volendo tralasciare la storia dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera prima dell'unità d'Italia, storicamente complessa e basata principalmente su azioni di carità sostenute finanziariamente da donazioni e opere di beneficenza, si può partire dagli inizi del 1900, per registrare l'impulso legislativo verso un sistema organizzato, pubblico e, almeno in teoria, uniforme su tutto il territorio nazionale.

Durante il Ventennio, il regime fascista pone le basi per quello che sarà il modello assistenziale anche dopo la firma della costituzione, ossia un sistema di assicurazione sociale con lo scopo di assicurare, in primis, l'assistenza ai lavoratori. Mentre il governo inglese poco dopo la fine della seconda guerra mondiale dava origine al Servizio Sanitario Nazionale così come lo conosciamo noi adesso, l'Italia continuava a sviluppare la logica della protezione assicurativa-previdenziale contro le malattie e gli infortuni moltiplicando gli enti mutualistici che garantivano l'assistenza alle varie categorie di lavoratori. Il diritto alla tutela della salute continuava quindi ad essere correlato non all'essere cittadino, bensì all'essere lavoratore (o un suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura.

Con il passare degli anni aumentavano le disuguaglianze: oltre il 7% della popolazione non aveva diritto ad alcun tipo di assistenza e gli assicurati di diverse casse beneficiavano di servizi sanitari in quantità e qualità completamente diversi. Infatti, erano le quote contributive versate alle assicurazioni, che variavano in base al tipo di lavoro svolto, a determinare il diritto al proprio livello di assistenza.

Il nostro SSN è un sistema universale che fa dell'uguaglianza e dell'equità di accesso due pilastri fondamentali.

Autori

Walter Ricciardi - Presidente Istituto Superiore Sanità

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring
Vincenzo Atella

Inoltre le cose non andavano bene neanche dal punto di vista finanziario e le mutue, appesantite anche da un alto livello di burocratizzazione e disorganizzazione, erano praticamente in bancarotta verso la metà degli anni 70.

Non sorprende quindi che il crescente malumore della popolazione abbia spinto il governo italiano verso la ben nota riforma che, nel 1978, portò, con una legge votata a grande maggioranza dal Parlamento e acclamata dal popolo, alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale. In questo modo, la Repubblica si impegnava a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo, dando finalmente attuazione all'articolo 32 della Costituzione.

Questa grande conquista permette ancora oggi, alla maggior parte dei cittadini italiani di non aver bisogno di alcuna assicurazione privata, perché lo Stato sostiene in larga parte i servizi sanitari per tutti i suoi cittadini. Inoltre, lo Stato Italiano, con uno dei tassi più bassi di spesa sanitaria pro-capite rispetto ad altre nazioni come Stati Uniti, Canada, Svizzera, Francia e Germania, si classifica ai primi posti a livello mondiale per il livello delle cure mediche. Per le sue caratteristiche il Sistema Sanitario italiano è, dunque, considerato il primo in Europa in termini di efficienza e la quasi totalità dei cittadini lo supporta ancora oggi fortemente, con un 65,1% della popolazione che si ritiene soddisfatto della sanità pubblica italiana.

Il SSN permette di evitare o limitare l'acquisto di polizze assicurative private, perché lo Stato sostiene in larga parte i servizi sanitari per tutti i suoi cittadini.

La situazione attuale: luci ed ombre

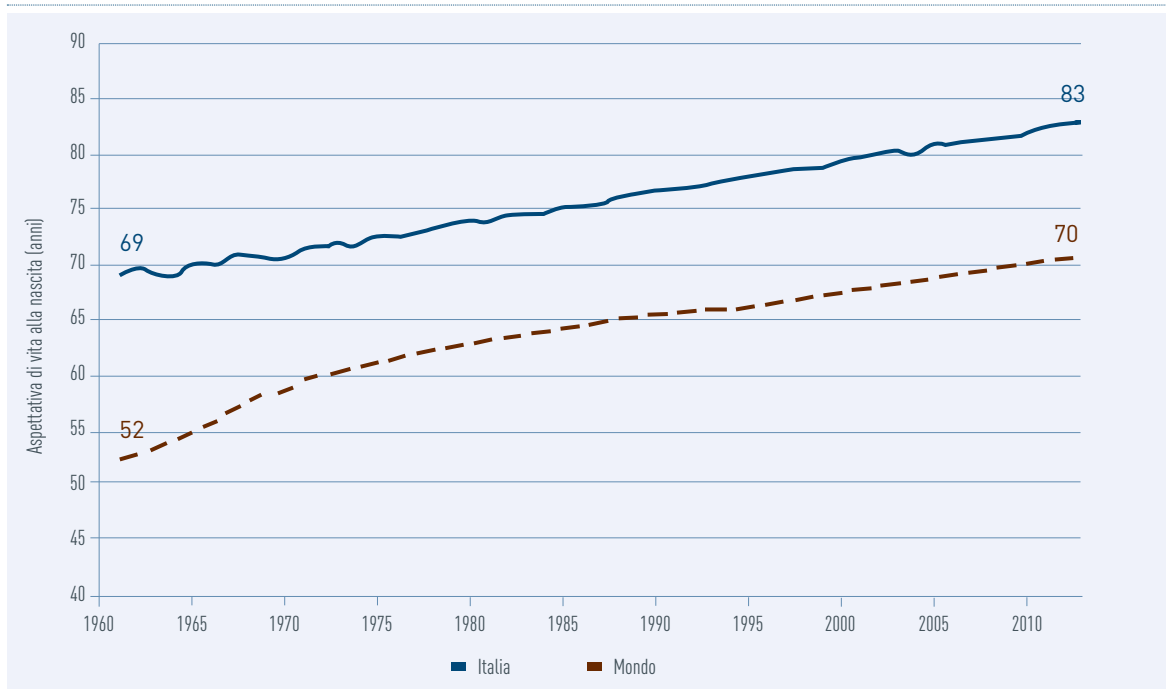
L'attuale condizione del nostro Paese sembra, però, caratterizzata da un paradosso: un Servizio Sanitario con risultati legati alla cura e salvaguardia della salute eccellenti e un sistema che non investe affinché tale valore venga mantenuto. Negli ultimi anni si è così ridotta la sua capacità di essere un forte sistema di tutela della salute dei cittadini in tutte le aree del paese. Abbiamo tutti i dati per riprogrammare la rotta, ma questi vengono raramente trasformati in informazioni operative che siano in grado di fronteggiare le modificazioni sostanziali delle caratteristiche della popolazione che sono in corso negli ultimi anni sia a livello nazionale che internazionale. Tali trasformazioni sono dovute a numerosi fattori tra cui la transizione demografica, il progresso delle tecnologie e una concomitante evoluzione epidemiologica che vede il passaggio da patologie caratterizzate da esordio acuto e rapida risoluzione a patologie di tipo cronico-degenerativo con decorsi prolungati nel tempo. Ciò concorre ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, incrementandone la componente anziana con bisogni di salute complessi.

Oggi l'Italia è uno fra i Paesi al mondo in cui si vive più a lungo e può vantare un'aspettativa di vita alla nascita pari a 83 anni (OMS, 2015). Inoltre, gli Italiani che raggiungono il sessantesimo anno d'età possono contare di vivere mediamente altri 25 anni. Al mondo, pochi Paesi presentano un'aspettativa di vita alla nascita superiore alla nostra. Ma non è stato sempre così. Tornando indietro di circa un secolo e mezzo, ai tempi dell'Unità, in Italia si viveva in media 10 anni di meno rispetto alla vicina Francia e 16-17 anni di meno rispetto alla Svezia. La prima ad essere stata raggiunta è stata la Francia, poi a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta del Novecento e dopo una battuta d'arresto nel periodo fra le due guerre, è avvenuto il sorpasso: la vita media in Italia ha scavalcato in durata quella prevalente in numerosi altri Paesi leader in questo campo, rimanendo oggi dietro solamente a Giappone e Australia.

Tuttavia, a quest'allungamento dell'aspettativa di vita ha corrisposto un altrettanto impressionante calo delle nascite, tanto che l'Italia è oggi tra gli ultimi paesi Europei quando si guardano gli indicatori di natalità. Il fenomeno interessa tutto il Paese, anche quelle Regioni un tempo considerate ad alto tasso di natalità. Oggi le donne italiane hanno in media 1,3 figli, un valore ben al di sotto dei 2,1 considerati necessari al ricambio generazionale (ISTAT, 2015). Ad aggravare la situazione, complice anche l'alto tasso di disoccupazione giovanile che, sebbene oggi stia pur lentamente decrescendo, nel 2014 aveva raggiunto il nuovo record del 42,7%, c'è la costante emorragia di giovani in cerca di fortuna all'estero (Rapporto Osservasalute, 2014). Secondo il "X Rapporto Italiani nel Mondo" della Fondazione Migrantes (2015) sono

Esiste un paradosso: un SSN con risultati legati alla cura e salvaguardia della salute e un sistema che non investe affinché tale valore venga mantenuto.

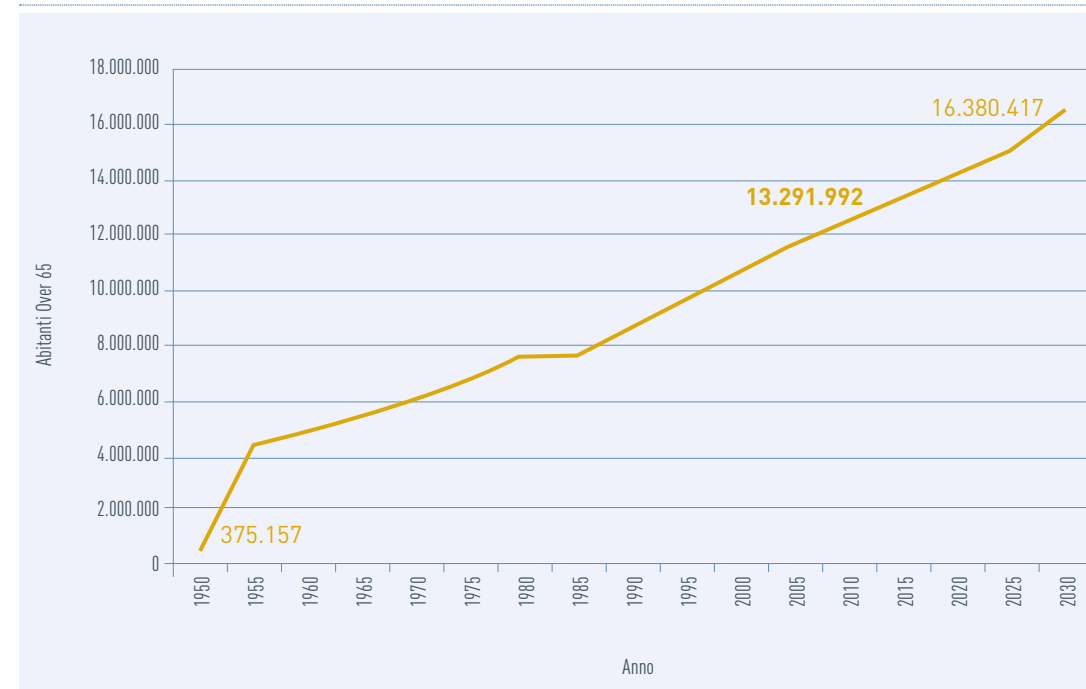
Figura 1. Andamento dell'aspettativa di vita alla nascita in Italia e nel mondo dal 1960 al 2010



4.636.647 gli Italiani complessivamente iscritti all'Anagrafe degli Italiani residenti all'estero (Aire) (Fondazione Migrantes, 2015).

Si tratta principalmente di giovani tra i 18 e i 34 anni (35,8% del totale). Nel 2014 gli espatri sono stati 101.297, con una crescita del 7,6% rispetto al 2013 (94.126) ed una crescita complessiva negli ultimi dieci anni del 49,3%. Prevedibile conseguenza di tutto ciò è un ulteriore invecchiamento della popolazione. Al mondo, solo Giappone e Germania sono "più anziani" (OCSE, 2015). Oggi in Italia metà della popolazione ha un'età superiore a 45 anni, e quando gli attuali lavoratori invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenere il loro sistema pensionistico. Un buon indizio di ciò che sta accadendo lo fornisce l'inversione del rapporto tra numero di giovani (rappresentati dai residenti di età pari o inferiore ai 14 anni) e anziani (rappresentati dai residenti di età pari o superiore ai 65 anni) che è stato osservato negli ultimi decenni. Tale inversione è avvenuta nel 1992 e da allora la forbice tra popolazione anziana e giovane si è continuamente allargata (a sfavore dei giovani). Questo fenomeno ha interessato molti Paesi nel mondo, ma non c'è dubbio che in Italia l'aumento dell'incidenza di anziani sul totale dei residenti sia particolarmente marcato. Indubbiamente, politiche a sostegno delle famiglie e dell'occupazione potrebbero stimolare le nascite e favorire la stabilità del sistema.

Figura 2. Andamento del numero dei soggetti ultra65enni in Italia dal 1950 e proiezione al 2030



Solo i residenti stranieri sono in grado di dare un significativo contributo al mantenimento della popolazione giovane, pur senza riuscire a compensare l'invecchiamento globale del Paese: circa il 93% degli stranieri ha un'età inferiore ai 55 anni (ISTAT, 2015).

Il futuro volto del Paese, se i trend non cambieranno nel breve termine, appare, dunque, multi-etnico e anziano.

Com'è noto, i soggetti più anziani sono quelli a maggior rischio di essere affetti da almeno una malattia cronica, come il diabete, le patologie cardiovascolari, i problemi osteoarticolari e respiratori, le demenze e diversi tumori. Come prevedibile, visto l'invecchiamento della popolazione, negli ultimi venti anni la proporzione di Italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,4 al 38,9%, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 18,1 al 20,4% (ISTAT, 2015). In valori assoluti questo significa un incremento di circa 2,7 milioni di pazienti con almeno una malattia cronica, di cui circa 2 milioni con almeno due patologie croniche. In particolare, oggi in Italia il 17,4% degli abitanti è affetto da ipertensione, il 16% da artrosi o artrite, il 10,3% da malattie allergiche, il 7,5% da osteoporosi, il 5,8% da bronchite cronica, il 5,5% da diabete, il 4,2% da disturbi nervosi, il 3,9% da malattie del cuore e il 2,6% da

ulcera gastrica o duodenale (ISTAT, 2015). Senza contare il problema della demenza, uno dei più seri problemi legati all'invecchiamento (sia essa senile, malattia di Alzheimer o altre forme di demenza). Questo gruppo di patologie costringe i familiari dei soggetti affetti a spese consistenti e spesso ad allontanarsi dal posto di lavoro. L'Italia, con i suoi 1,1 milioni di affetti, è tra i 10 Paesi al mondo col maggior numero di soggetti con demenza, e sicuramente tra i Paesi con tassi di prevalenza più elevati (basti pensare che la Cina, con una popolazione 20 volte superiore, ne ha solo circa 5 milioni).

Sono proprio le patologie croniche ad essere responsabili della maggior parte della disabilità di molti Italiani. Tra queste, sebbene in lieve riduzione, sono le malattie cardiovascolari a costituire ancora oggi la principale causa di disabilità, mentre aumenta il peso dei disordini muscoloscheletrici e dei disturbi neurologici e continuano a pesare molto le patologie neoplastiche e il diabete. Globalmente, aumentano gli anni vissuti con almeno una malattia (*Years Lived with Disability* o YLD). Se nel 1990 si vivevano 13.275 anni con malattia (per ogni causa) ogni 100.000, nel 2013 sono stati registrati 14.672 YLD ogni 100.000 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015).

Molte delle patologie croniche si possono efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali associati, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità.

Anche se è stata osservata un'importante riduzione della proporzione di Italiani fumatori (dal 25,8% del 1993 al 21,1% del 2013), ed una lieve diminuzione nella proporzione di consumatori abituali di sostanze alcoliche (dal 7% del 1993 al 6,1% del 2013), negli ultimi dieci anni sono aumentati nettamente i soggetti in sovrappeso (oggi oltre il 35%) e sono ancora troppo pochi gli Italiani che praticano regolarmente attività fisica (appena il 21%), fattori che si rifletteranno inevitabilmente in un'alta prevalenza di malattie cardiovascolari, diabete e disturbi muscolo-scheletrici. Peraltro le alte proporzioni di sovrappeso si osservano anche nell'età infantile (oltre il 30%) (ISTAT, 2015) e sono ai vertici mondiali, dietro solo a Grecia, Gran Bretagna, Usa e Nuova Zelanda (OCSE, 2015).

Inquietanti segnali vengono inoltre dal campo delle vaccinazioni. Oggi la copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni del ciclo base è inferiore al 95% in ben otto Regioni italiane, mentre solo nelle Marche si registra una copertura vaccinale superiore al 90% per il vaccino MPR – Morbillo, Parotite, Rosolia (Ministero della Salute, 2012). Molto deve essere fatto in termini di adesione ai test di screening. Anche in questo caso forti differenze sono osservate tra le varie Regioni

Sono le patologie croniche a essere responsabili della maggior parte della disabilità di molti Italiani.

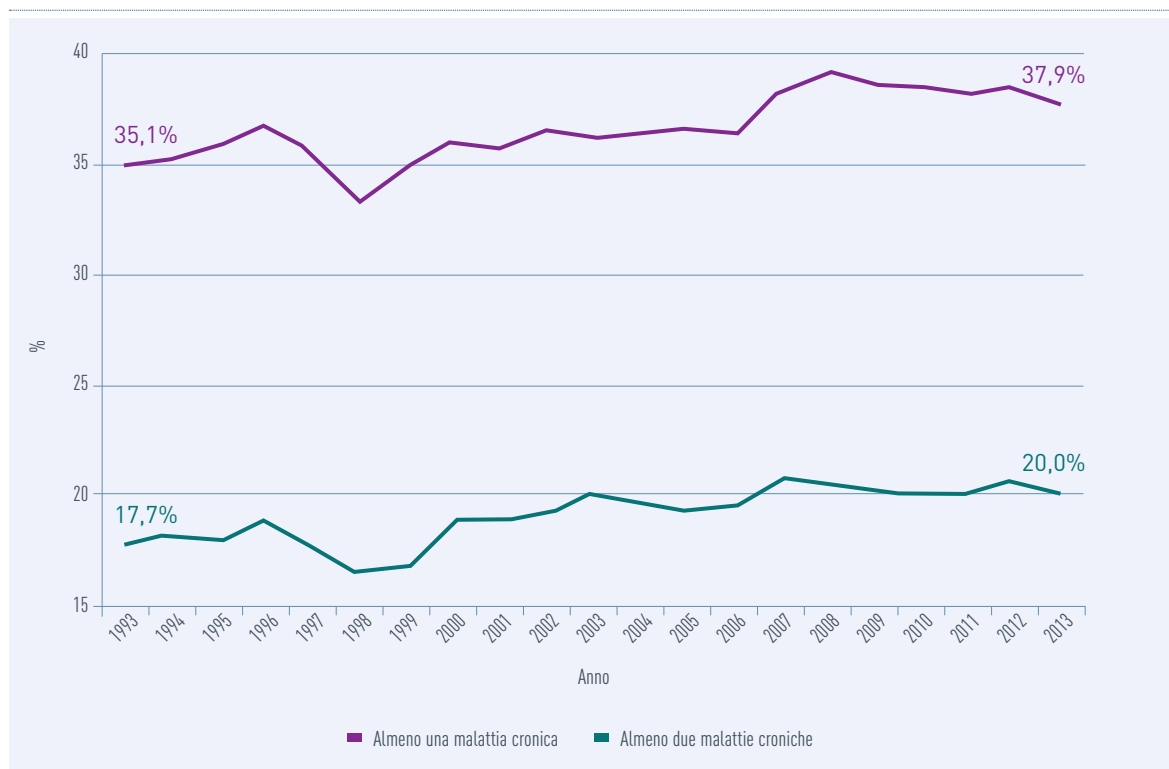
e, specialmente nel Mezzogiorno, l'adesione ai test di screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto è ancora troppo bassa. Potrebbe aiutare, in questi termini, una maggiore scolarizzazione. L'Italia, infatti, ottiene risultati inferiori alla media dei Paesi dell'OCSE in matematica (si colloca tra la 30esima e 35esima posizione), in lettura (tra la 26esima e 34esima) e in scienze (tra la 28esima e 35esima) rispetto a 65 Paesi che hanno partecipato alla valutazione PISA 2012 degli studenti quindicenni (OCSE, 2012). Non va inoltre sottovalutato il problema dell'analfabetismo funzionale tra gli adulti: molti Italiani hanno difficoltà a interpretare anche semplici grafici e tabelle, distinguere farmaci, analizzare etichette e istruzioni. Rispetto ai cittadini di altri Paesi OCSE gli Italiani sono fanalino di coda in termini di padronanza degli alfabeti e dei linguaggi. Inoltre l'Italia è ultima in Europa per proporzione di laureati nella fascia d'età dei 30-34 anni (EUROSTAT, 2015).

L'Italia ottiene risultati inferiori alla media dei Paesi dell'OCSE in matematica, in lettura e in scienze rispetto a 65 Paesi che hanno partecipato alla valutazione PISA 2012.

Le sfide che ci aspettano

Se da un lato abbiamo dunque l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie, dei bisogni e della domanda, una scarsa *health literacy* (alfabetizzazione alla salute) ed attenzione da parte dei cittadini alla tutela della propria salute ed al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione con un grado di irresponsabilità personale a più livelli, dall'altro ci sono spesso le resistenze e l'autoreferenzialità da parte dei professionisti, la mancanza di trasparenza e di *accountability* da parte dei manager, la debolezza dei sistemi di monitoraggio e una politica che finora è stata spesso invasiva ed inefficiente mancando di visione e programmazione, incapace di fronteggiare la contemporanea diminuzione delle risorse umane e finanziarie. Ma adesso concentriamoci sui punti di forza e criticità del nostro sistema sanitario.

Tabella 3 . Percentuale di italiani affetti da almeno una o due malattie croniche



La spesa sanitaria italiana (che copre, oltre a farmaci e prestazioni, immobili, tecnologie e personale) è cresciuta, sin dagli anni Novanta, meno che negli altri Paesi e, ad oggi, è sotto la media europea sia in percentuale del PIL, sia in valori assoluti. Nel 2011 la spesa sanitaria totale pro-capite in Italia era inferiore di circa il 24% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU. Nel 2001 tale gap era pari al 19,9%, e con il prolungato ristagno dell'economia italiana si è ulteriormente allargato (CEIS, 2013). Tuttavia gli aumentati costi delle cure (grazie anche alla disponibilità di nuove opzioni terapeutiche) hanno portato in Italia ad un aumento progressivo della spesa sanitaria fino al 2010, seguito da una riduzione nel periodo 2011-2013, determinata da una serie di manovre finanziarie. La spesa sanitaria ha ripreso a crescere dal 2014, quando è stata pari a 111,47 miliardi di Euro (Patto per la Salute per gli anni 2014-2016).

La spesa sanitaria italiana è cresciuta meno che negli altri Paesi e, a oggi, è sotto la media europea.

Secondo una recente indagine condotta dalla Protezione Civile, su 802 ospedali italiani, circa un sesto di questi risulta collocato in edifici storici, ovvero con data di costruzione precedente al 1900 (e di questi oltre il 60% risulta edificato precedentemente al 1800). Questo comporta spesso importanti difficoltà di tipo tecnico e gestionale (nonché problemi di sicurezza) ed elevati costi di adeguamento e manutenzione. Alti costi di manutenzione sono richiesti anche per i dispositivi diagnostici. Nel corso degli ultimi anni, l'età media delle apparecchiature utilizzate in Italia, in particolare quelle di diagnostica per immagini, è aumentata significativamente, superando spesso il periodo di adeguatezza tecnologica. In particolare, vi è urgenza di sostituzione delle numerose apparecchiature ancora in esercizio aventi un'età superiore ai 10 anni. Il fenomeno permane particolarmente grave per le apparecchiature radiologiche quali telecomandati e mammografi convenzionali, RMN chiuse e TC. Il 76% dei radiografi convenzionali, il 72% dei mammografi convenzionali, il 60% dei sistemi telecomandati convenzionali, il 25% dei dispositivi per le risonanze magnetiche, il 22% degli angiografi, il 16% dei dispositivi per tomografia assiale e il 12% degli ecografi ha più di dieci anni. Non essendo sempre possibile la riparazione, spesso questi dispositivi vanno acquistati ex-novo.

Circa un terzo della spesa è impiegato per il personale sanitario (circa 36 miliardi di euro). Un personale sanitario che, anche a causa del blocco del turnover, sta invecchiando: l'età media è pari a 50,3 anni per i medici e 44,5 anni per gli infermieri (Ministero della Salute, 2011). Inoltre, sebbene grazie a recenti interventi si stia cercando un nuovo equilibrio, a partire dal 2008, c'è stata una vistosa contrazione dell'organico: per ogni 100 unità che lasciavano, ne sono state assunte 97,2 nel 2008, 96,8 nel 2009, 81,9 nel 2010 e solo 78,2 nel 2011 (Ragioneria Generale dello Stato, 2011). Rimane urgente investire la

tendenza al progressivo invecchiamento del personale, soprattutto nelle Regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile e dai piani di rientro, ed investire adeguatamente nel loro aggiornamento professionale e nella formazione continua. E con giovani, adeguati (per numero) ed aggiornati professionisti sanitari bisognerà prevedere adeguati investimenti nel campo della ricerca e dello sviluppo, dove attualmente il Paese risulta meno all'avanguardia e meno competitivo, non soltanto per quanto riguarda la sfera pubblica, ma anche le imprese private.

A gravare sul Servizio Sanitario Nazionale si aggiungono poi frequentemente corruzione, interessi di parte ed evasione fiscale. Il libro bianco sulla corruzione in sanità, pubblicato nel 2014, pone il tasso medio di corruzione e frode in sanità al 5,6% della spesa sanitaria, circa 6 miliardi di euro l'anno. Secondo uno studio di Pricewaterhouse Cooper, il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari all'11-14%. I dati sono in linea con le stime di Cartabellotta et al. che, applicando i risultati di uno studio americano condotto da Berwick e Hackbarth, identificava nel 21% la quota di spreco derivante da frodi ed abusi sul totale degli sprechi in sanità, per un impatto economico sul nostro paese di circa 5 miliardi di euro. A questi vanno aggiunti altri 5 miliardi (il 19% degli sprechi) dovuto all'acquisto a costi eccessivi di tecnologie sanitarie: in questo caso l'assenza di regole ben definite ed una scarsa propensione del paese ad utilizzare metodologie rigorose per la valutazione delle tecnologie, come l'Health Technology Assessment (HTA), fanno sì che le tecnologie sanitarie vengano acquistate a prezzi molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali assolutamente ingiustificate. Sempre nell'ottica di un miglioramento dell'efficienza della spesa sanitaria va letto il maggior ruolo che è stato assegnato dal Governo ai soggetti aggregatori e alla CONSIP, società *in house* del Ministero dell'economia e delle finanze, che oggi rappresenta la struttura di riferimento del *public procurement*. Tra gli ultimi provvedimenti in materia vanno segnalati il Decreto del Presidente del Consiglio del 24 dicembre 2015, avente ad oggetto l'ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di acquisto mediante l'utilizzo di soggetti aggregatori (delle 19 nuove categorie di beni e servizi acquistabili con tale modalità, ben 14 si riferiscono all'area sanitaria: aghi, stent, pacemaker, etc); ma anche la Legge di stabilità 2016 che ha esteso a tutti i soggetti pubblici rientranti nell'elenco ISTAT l'obbligo di approvvigionarsi mediante l'utizzo di CONSIP owero di centrali di committenza regionali.

Per quanto riguarda l'evasione fiscale, l'Italia è il Paese europeo col massimo VAT gap (la differenza tra l'ammontare teorico del gettito da IVA ed il gettito reale). Il differenziale per l'Italia nel 2011 è attestato

Bisognerà prevedere adeguati investimenti nel campo della ricerca e dello sviluppo, pubblica e privata.

a più di 36 miliardi di euro, il 2,3% del PIL (Commissione Europea, 2013). Questo, considerando che il nostro sistema sanitario è finanziato principalmente attraverso la tassazione del reddito imponibile, impatta fortemente sul pool di risorse disponibili per organizzare il sistema e, peggio ancora, sulle ineguaglianze nell'accesso ai servizi. Infatti, benchè il sistema sia universalistico, la crescente spesa sanitaria ha richiesto nel tempo l'introduzione di alcune forme di copayment che hanno finito spesso per avvantaggiare anche gli evasori fiscali. Questi infatti, risultando a tutti gli effetti dotati di un basso livello di reddito, possono usufruire delle esenzioni previste per i meno abbienti, andando ad innescare un circolo vizioso che comporta per i cittadini onesti un doppio esborso: uno per sostenere il sistema, l'altro inconsapevole ed iniquo per contribuire all'assistenza degli evasori fiscali.

Oltre a instabilità finanziaria, interessi della sfera politica (e non), formazione inadeguata, precarietà del personale e contrazione degli stipendi, pesano sul nostro sistema anche i fattori normativi, politici, burocratici e finanziari che vincolano fortemente l'azione dei direttori generali operanti nella sanità, limitati spesso dalla brevità del loro mandato: in media, infatti, un direttore generale in Italia dura solo 3,6 anni (in Calabria si arriva a 1,8, nella Provincia Autonoma di Bolzano la durata media in carica supera i 10 anni) (SDA e CERGAS Bocconi, 2014). Questi fattori possono andare a giustificare un altro 22% di spreco in sanità, identificabile nell'inadeguato coordinamento dell'assistenza (10%) e nelle complessità amministrative (12%). Le prime sono conseguenti al "rimbalzo" del paziente tra setting assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio, per la carenza di un efficace coordinamento dell'assistenza che riguarda in modo particolare il paziente affetto da patologie croniche. Le complessità amministrative, invece, nascono da un mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione e ipertrofia del comparto amministrativo e, oltre a ripercuotersi negativamente sul paziente, sovraccaricano di obblighi burocratici i professionisti sanitari.

Sempre in riferimento alla "tassonomia degli sprechi", troviamo la categoria su cui sarebbe necessario e possibile intervenire con la massima urgenza, ovvero l'inappropriatezza, e di cui appare utile evidenziare due aspetti speculari: da un lato il sovrautilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati (che pesa per il 26% degli sprechi in sanità) e dall'altro il sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (12%). Il primo comporta un sovratrattamento e una sovradiagnosi dovuti in larga parte alla convinzione professionale e sociale che più si tratta il paziente e meglio è ("*more is better*"). Chi opera in questo modo, anche secondo le logiche della medicina difensiva, trascura che procedure diagnostiche invasive fatte solo per

Pesano sul nostro sistema anche i fattori normativi, politici, burocratici e finanziari che vincolano l'azione dei direttori generali.

rassicurare i pazienti, ricoveri per malattie lievi o per malattie croniche senza esacerbazioni acute, costosi regimi di chemioterapia in pazienti neoplastici terminali, uso indiscriminato (*misuse*) di farmaci, screening di efficacia non documentata, etc., non si riflettono solamente in un incremento dei costi, ma anche nell'ambito del rischio clinico dei pazienti.

Per contro, la negazione di interventi sanitari efficaci ed appropriati, può inficiare la guarigione dei pazienti, aumentare le complicità delle malattie e richiedere ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, complessi e rischiosi.

Conseguenza di tutto ciò è che in alcune Regioni i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale non sono adeguati e per molteplici ragioni (di qualità, di tempi d'attesa o di costi), costringendo sempre più spesso i cittadini a "scappare" verso altre Regioni o pagare di tasca propria il sistema privato. Le Regioni possono raggiungere flussi di emigrazione piuttosto consistenti rispetto ai ricoveri effettuati dai propri residenti. Ne sono chiari esempi la Calabria (17,2%), l'Abruzzo (16,5%) e la Provincia Autonoma di Trento (15,5%). I cittadini più poveri però non possono permettersi continui spostamenti e qualora i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale dovessero essere seriamente ridimensionati, ne soffrirebbero certamente più degli altri, accentuando le già consistenti disuguaglianze registrate nel Paese. La fetta di popolazione più fragile dal punto di vista economico è peraltro piuttosto ampia: oggi vivono sotto la soglia di povertà assoluta circa cinque milioni di Italiani (Ricciardi W et al, 2015).

In alcune Regioni i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale non sono adeguati, generando così flussi migratori e/o spesa privata.

Le azioni necessarie

Sono stati elencati molti dei dati utili a identificare le priorità del nostro Paese e le criticità del sistema attuale, indispensabili, quindi a disegnare le future politiche sanitarie. Ma ai dati è necessario aggiungere una chiara visione e precisi obiettivi, cercare e creare coerenza tra questi ultimi e le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche a disposizione e identificare una strada logica, razionale e fattibile per raggiungere i risultati auspicati.

Se si vuole un Paese sano che offra servizi sanitari equi, efficaci ed efficienti è necessario che le Regioni siano guidate con decisione e che il loro lavoro sia coordinato affinché non siano ulteriormente accentuate le differenze nella qualità dei servizi erogati, lo stato di conflitto latente e la frammentazione esasperata alla quale assistiamo oggi. Se il Prodotto Interno Lordo non ricomincerà a crescere bisognerà preservare la salute degli Italiani con le risorse attualmente a disposizione. Ciò non è impossibile, purché esse vengano utilizzate correttamente riducendo gli sprechi e riallocandole facendo attenzione all'andamento degli indicatori di processo e di risultato, premiando le buone pratiche ed incentivando trasparenza e merito. È necessario che i cittadini comprendano le regole essenziali per una vita lunga ed in salute, che adottino comportamenti e stili di vita adeguati e che non cadano in trappole di disinformazione e di ciarlatani. Dobbiamo ambire anche a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione, che potrebbe contribuire ad abbattere i costi sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale. Questo imporrà di dover "re-ingegnerizzare" l'intero "sistema", formando una nuova classe di professionisti (costantemente aggiornati) e trasformare, mettendole in rete, le organizzazioni già esistenti sul territorio (ad esempio strutture sanitarie, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche, ecc.) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute, favorendo e premiando i comportamenti virtuosi.

In Italia questa sfida è stata già intrapresa e lo scenario più catastrofico è stato evitato, ma c'è ancora molto da fare, molteplici e profonde modifiche da apportare, disuguaglianze da riequilibrare e contraddizioni da superare e non sarà più possibile basarsi su soluzioni di breve periodo o su azioni di emergenza. Con l'impegno, la motivazione e la partecipazione di tutti, sarà possibile rinnovare con successo e sostenere l'incredibile valore del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ma per questo è necessario che la Pubblica Amministrazione faccia la sua parte, a partire dal Ministero della Salute e dagli Enti da esso vigilati.

È bene ricordare che la lotta allo spreco e all'inefficienza nell'ambito sanitario non è una questione solo politica o di competenza esclusiva

Un SSN sano impone che le Regioni siano guidate e che il loro lavoro sia coordinato per evitare differenze nella qualità dei servizi erogati e la frammentazione esasperata alla quale assistiamo oggi.

della magistratura contabile, è qualcosa di più: è un dovere morale che riguarda ogni cittadino. Ogni euro sprecato, perso, rubato non è solo un euro sprecato, perso, rubato alla collettività ma è una persona in meno a cui si possono garantire assistenza e cure e a cui, in definitiva, si può salvare la vita.

Certo cambiare è sempre difficile, in qualsiasi settore, perché la maggior parte delle persone è scettica o timorosa di quello che verrà e chi cerca di cambiare ha, come sottolineava già Niccolò Machiavelli, forti resistenze da chi si trova bene nella situazione attuale e blandi sostenitori in quelli che intravedono miglioramenti in quella futura.

Tra tutti i comparti produttivi, la sanità è forse quello in cui è più difficile cambiare, perché gli attori sono molteplici e differenziati, guidati da interessi spesso contrastanti che chi governa deve cercare, con enormi difficoltà, di conciliare (Gray M & Ricciardi W, 2008).

Quando un cittadino sta bene, l'interesse prevalente è quello di pagare meno tasse e di godersi, o risparmiare, i frutti del proprio lavoro. Molti psicologi hanno determinato la percentuale del 20% per la tassazione sul reddito come il livello che i cittadini riterrebbero ottimale. La maggior parte delle democrazie contemporanee eccede di gran lunga questa percentuale e ciò determina grande riluttanza nei politici ad aumentare le tasse come strumento per, ad esempio, dare più servizi ai propri cittadini.

Però quando questi ultimi si ammalano desiderano essere curati, presto e bene, indipendentemente da quanto ciò possa costare e, nei Servizi Sanitari Nazionali, si aspettano che le spese vengano affrontate direttamente dallo Stato, senza ulteriori esborsi di tasca propria.

Nei sistemi sanitari moderni, chi determina le caratteristiche e la tempistica delle attività sanitarie sono i professionisti, portati dalla propria etica e, spesso anche dai propri interessi, a voler erogare quanto prima le prestazioni più aggiornate ed avanzate ai propri pazienti, indipendentemente dai vincoli di bilancio delle aziende sanitarie per cui lavorano.

Naturalmente queste sono gestite da manager che hanno prioritariamente l'obiettivo di presidiare proprio quei bilanci e tutelare le aziende dal rischio di crisi, anche se i politici regionali, da cui le aziende sanitarie ed ospedaliere dipendono, più che ai bilanci ed alla razionalizzazione delle spese, sono più frequentemente interessati al consenso politico ed elettorale che da quelle aziende può scaturire, per fare legittimamente carriera, magari, anche a livello nazionale.

Esiste una forte e implicita contraddizione tra un cittadino sano che vuole pagare meno tasse e un malato che chiede che sia tutto pagato dallo Stato.

Livello, quest'ultimo, presidiato necessariamente da politici, sempre più "a sovranità limitata" per effetto dei trattati internazionali sottoscritti e dai vincoli da essi imposti, in particolare quelli sull'indebitamento pubblico, sul deficit e sull'inflazione dal patto di stabilità per l'Unione Monetaria europea.

Ne scaturisce che chi ponga al centro della propria azione il miglior equilibrio tra questi interessi contrastanti si trova spesso tirato per la giacca e, se non ha visione e strumenti adeguati, può avere seri problemi.

Nella nostra esperienza, i passaggi cruciali per trasformare la sanità italiana sono i seguenti (Kotter JP, H Rathgeber, 2006) :

- far capire il senso di urgenza del cambiamento;
- creare una coalizione per guidare il cambiamento;
- avere una visione del cambiamento ed essere in grado di comunicarla;
- cercare di avere risultati a breve termine che consolidino la fiducia nell'efficacia del cambiamento;
- consolidare i risultati e stabilizzarli per il futuro.

Per salvare il nostro Servizio Sanitario Nazionale questi passaggi sono tutti urgenti e necessari.

L'Italia è, infatti, oggi l'ultimo grande Paese europeo ad avere un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universalistico, finanziato attraverso la tassazione generale e gratuito, o quasi, al momento dell'uso.

La crisi finanziaria ha pesantemente compromesso o addirittura spazzato via i Servizi Sanitari Nazionali dei cosiddetti PIGS (Portogallo, Irlanda, Grecia e Spagna) ed ha fiaccato, anche grazie a scelte politiche fortemente ideologiche dell'attuale governo del Regno Unito, il capostipite National Health Service. Tutti gli altri Paesi europei hanno ormai un sistema sanitario di tipo assicurativo sociale.

Certo, rimangono operativi i Servizi Sanitari Nazionali dei Paesi scandinavi, ma si tratta di Paesi piccoli, equivalenti per dimensioni e popolazione ad una regione italiana, ricchi e con una grande e consolidata tradizione di buona gestione della Cosa Pubblica, in cui gli amministratori, sia nazionali che locali, sono fortemente impegnati ad avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e di riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), in cui le organizzazioni dei professionisti sono da tempo strutturate per integrare competenze e responsabilità in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente ed in cui i

L'Italia è oggi l'ultimo grande Paese europeo ad avere un Servizio Sanitario Nazionale pubblico universalistico.

cittadini sono ben consapevoli che il Servizio Sanitario Nazionale è un bene comune da tutelare e garantire alle future generazioni.

Si parla spesso di 'problema culturale' per definire la situazione dell'Italia, da troppo tempo descritta da molteplici indicatori a un livello ben al di sotto delle proprie possibilità; un'Italia frenata da criticità riconducibili ad un unico substrato culturale che fa sì che si possa parlare di colpe largamente diffuse ad ogni livello (Ricciardi et al, 2015).

In una società, la catena della responsabilità funziona qualora il substrato di riferimento sia forte e, per essere forte, una società deve essere formata da individui consapevoli; al contrario, una società è (e resta) debole quando gli individui che la compongono non si curano del Bene comune, non sono capaci di autodeterminarsi in modo responsabile, né di curare la propria salute ed il proprio futuro.

L'inadeguatezza di gran parte della classe politica alle sfide ed alle urgenze del Sistema Salute e l'eccessiva pervasività della stessa nell'organizzazione e gestione della Sanità rappresentano fenomeni ben presenti e conosciuti, ma difficilmente misurabili.

Quello che a prima vista sembra un paradosso si risolve in realtà in un fardello gravoso di concause che testimonia quanto il peso della politica sia incisivo e decisivo nel processo di tutela del diritto alla salute a tutti i livelli e, quindi, quanto sia necessario trovare nuovi equilibri tra politica e governance, attraverso la pianificazione di azioni sia a medio sia a lungo termine.

Per quanto riguarda i professionisti, negli ultimi 15 anni c'è stata una pressoché totale assenza di visione strategica e di governance nel settore della programmazione delle risorse umane in sanità, che ha visto arrivare l'intero sistema sull'orlo della non sostenibilità, a causa della perdita di equilibrio tra accesso alla formazione pre-laurea, accesso alla formazione post-laurea (scuole di specializzazione e formazione specifica di medicina generale) ed accesso al mondo del lavoro. Questa situazione richiede interventi urgenti di ristrutturazione dell'offerta formativa che si fondino su una chiara pianificazione quali-quantitativa dei professionisti sanitari necessari alla nostra sanità nei prossimi anni, recuperando voci di spesa inappropriate (ad es. razionalizzazione della tipologia e della durata delle scuole di specializzazione) ed allocando ulteriori finanziamenti alla formazione di medici specialisti di medicina generale, assistenza primaria e gestione delle patologie cronico-degenerative, in accordo al carico di malattia precedentemente descritto.

Senza interventi di questo tipo sarà certa la dispersione all'estero di un capitale umano fatto di professionisti su cui si sono investite

Esiste un “problema culturale” che pone l'Italia a un livello ben al di sotto delle proprie possibilità, che fa sì che si possa parlare di colpe largamente diffuse ad ogni livello.

ingenti risorse, sia pubbliche (da parte dello Stato/società) sia private (da parte delle famiglie) che rischiano di rimanere veri e propri investimenti a fondo perduto.

A pagare le mancanze della politica e l'eccessiva burocratizzazione del sistema Paese sono anche altri importanti portatori di interesse del mondo della sanità come le aziende industriali.

L'ISTAT ha mostrato come negli ultimi anni il settore farmaceutico stia dando un forte contributo alla tenuta industriale, con una crescita manifatturiera del 2,6%, ossia oltre 3 volte superiore alla media, pari allo 0,8%. Sul farmaco e sulle tecnologie biomediche servono politiche stabili su orizzonti temporali che siano almeno triennali ed invece i tentennamenti e la mancanza di visione strategica della politica fanno sì che anche su questo versante l'Italia stia inesorabilmente perdendo terreno rispetto ai propri competitor. Anche se l'attuale Governo sta cercando di invertire questa tendenza.

Per quanto attiene invece gli aspetti strettamente gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche, a fronte degli indirizzi generali formulati, a livello locale (regionale e di ASL) la politica influenza il Sistema Sanitario anche attraverso la nomina dei manager, ovvero dei professionisti che devono garantire il rispetto dei diritti di accesso alle cure indicati nei documenti di indirizzo nazionale ed il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza, efficacia ed efficienza indicati nei documenti di indirizzo regionale.

La disciplina degli incarichi dirigenziali nel comparto della sanità è stata caratterizzata, sin dalle sue origini, dalla presenza di tratti specifici rispetto alla normativa che regola la Pubblica Amministrazione. La dirigenza del Servizio Sanitario è al proprio interno variamente articolata secondo criteri funzionali (in relazione alle diverse attività di indirizzo strategico, di gestione e professionali), organizzativi (in relazione alla complessità organizzativa delle strutture dirette) e professionali (in relazione al ruolo medico, sanitario, professionale, tecnico o amministrativo d'appartenenza).

Il cosiddetto top management aziendale comprende il Direttore Generale, scelto fiduciarmente dal Governo regionale in funzione dei programmi di salute approvati a livello politico, ed il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, scelti a loro volta dal Direttore Generale.

A un livello inferiore si colloca la dirigenza operativa, articolata al proprio interno nella dirigenza del ruolo medico e sanitario – regolata dal D.Lgs. 502/1992 e per i profili non espressamente disciplinati dal D.Lgs. 165/2001 – e nella dirigenza del ruolo professionale, tecnico

Il settore farmaceutico fornisce un forte contributo alla tenuta industriale, con una crescita manifatturiera del 2,6%, contro una media dello 0,8%.

ed amministrativo, disciplinata in misura predominante dal D.Lgs. 165/2001, salvo i profili di specialità contenuti nel D.Lgs. 502/1992.

Benché connotata da soluzioni regolatorie eccentriche, sin dagli esordi la disciplina della dirigenza qui all'esame si è caratterizzata, al pari di quella ministeriale, per la forte impronta 'fiduciaria' data alla scelta dei dirigenti, in ossequio al paradigma aziendalistico accolto dalle riforme degli anni Novanta. Se da un lato la logica manageriale sottesa alle nomine su base fiduciaria ha ricevuto nel tempo il sostanziale avallo nella giurisprudenza, dall'altro l'assenza di reali forme di regolamentazione del potere di nomina è stata col tempo giudicata quale concausa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, anche a livello della media dirigenza aziendale.

Nelle ultime tornate elettorali per il rinnovo delle giunte regionali, mass media ed opinione pubblica, sollecitati da casi di malasanità o inchieste relative a sprechi e mala gestione, si sono spesso cimentati sul tema della trasparenza delle nomine dei manager della sanità. Di fatto, quello che però è accaduto è che, al termine delle campagne elettorali, le promesse di una tornata di rinnovi ai vertici delle ASL sono sempre state seppellite da una massiccia attività di lottizzazione politica, che ha la prerogativa di essere assoluta ed universale, senza distinzioni di schieramenti politici e gradienti geografici di alcun tipo.

Importante è stata l'iniziativa del Ministro Beatrice Lorenzin per l'istituendo elenco di abilitazione nazionale con uno specifico articolo inserito all'interno del DdL della Pubblica Amministrazione, di fatto forzando la mano all'autonomia delle Regioni, gelosissime delle proprie prerogative in materia di governo della sanità (nomine comprese).

Le Regioni, ad oggi, hanno ampissimi margini di autonomia nella definizione degli obiettivi di performance per la valutazione dei Direttori Generali (DG). Difatti, la mobilità dei DG è legata non solo a giudizi sull'operato del professionista in relazione ai risultati dell'azienda (richiesta ad un anno dall'insediamento dal decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, all'articolo 1, comma 6), ma anche a dinamiche istituzionali e politiche come le scadenze di legislatura, la modificazione delle maggioranze e/o lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

Instabilità finanziaria, eccesso di dirigismo, interessi della sfera politica, contrazione degli stipendi, formazione inadeguata, precarietà del personale, pressione mediatica, vertenzialismo degli utenti, numerosi stakeholders, forme giuridiche poco adatte alle esigenze reali delle strutture, brevità del periodo in cui i Direttori Generali rimangono in carica (a dispetto della durata teorica del mandato) che non

L'abilitazione nazionale voluta dal Ministro Beatrice Lorenzin ha aiutato e reso più trasparente il processo delle nomine dirigenziali.

consente un'adeguata programmazione, rappresentano solo una parte della pluralità di fattori normativi, politici e finanziari che vincolano fortemente l'azione dei Direttori Generali operanti nella sanità.

In sostanza, la qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori, quali la capacità di gestione, la razionalità dell'uso delle risorse disponibili, la capacità di governo dell'innovazione e di indirizzo dei comportamenti professionali degli operatori e, non ultima, della gestione del rischio; è il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che intervengono sugli assetti organizzativi e sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sulla capacità del sistema di documentare i risultati ottenuti. La qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti, quindi, passano anche dalla competenza del medico curante che, nell'epoca della sanità organizzata, non può fare a meno di apprendere, aggiornandosi continuamente, le migliori e più moderne soluzioni per gestire le complessità e le aspettative del cittadino/ paziente.

In questo contesto, non secondarie appaiono le colpe della classe medica qualora si riscontri una non perfetta rispondenza ai protocolli e/o linee guida nazionali ed internazionali da parte del professionista che ha in cura il paziente e che dovrebbe garantire un'appropriata presa in carico delle patologie secondo le migliori evidenze disponibili.

È doveroso sottolineare che l'Italia è uno dei pochi Paesi al mondo in cui non è necessario alcun procedimento di rinnovo della licenza a praticare la professione medica, creando in tal modo un forte deterrente all'aggiornamento professionale.

Molti dei Paesi che, come l'Italia, non richiedono alcun rinnovo della licenza medica basano però la ricerca della qualità della professionalità dei propri medici su una stringente normativa relativa all'aggiornamento professionale ed all'educazione continua. Anche l'Italia ha previsto nella propria normativa l'aggiornamento obbligatorio dei professionisti tramite il sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), attivo dal 2002. Ogni operatore sanitario è chiamato a provvedere alla propria formazione in ambito ECM in completa autonomia, cercando di rispettare e prediligere quegli obiettivi di interesse nazionale e regionale che sono stati prefissati dall'apposita Commissione Nazionale per la Formazione che ha individuato i temi prioritari di ECM come obiettivi formativi d'interesse nazionale.

La partecipazione al programma ECM è un dovere previsto anche dal Codice deontologico ed un obbligo confermato dalla sentenza del TAR n. 14062/2004 del 18 novembre 2004. La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e, come tale, è

L'Italia è uno dei pochi Paesi al mondo in cui non è necessario alcun procedimento di rinnovo della licenza a praticare la professione medica, creando in tal modo un forte deterrente all'aggiornamento professionale.

sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione. In realtà tale normativa non ha ancora trovato piena applicazione e l'educazione continua si configura spesso più come un business legato all'erogazione di corsi e congressi che un reale strumento di controllo della qualità della professionalità e delle competenze dei medici italiani.

Per quanto attiene il ruolo dei cittadini, è importante sottolineare che molte delle malattie croniche, che rappresentano la principale causa di morte e quasi il 60% dei costi totali delle cure nei Paesi industrializzati, si possono efficacemente prevenire modificando il proprio comportamento e contrastando fattori di rischio quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà. Da questo punto di vista, il ruolo (e le colpe) dei cittadini nel cercare di arginare questi comportamenti/fenomeni è fondamentale. Purtroppo, c'è da dire che in un confronto internazionale l'Italia non figura bene rispetto ad altri Paesi. Come precedentemente riferito, un senso di non perfetta responsabilità sociale è legato all'eterogeneo e spesso sotto-utilizzo degli strumenti di prevenzione, sia primaria, come l'adesione alle vaccinazioni, che secondaria, come l'aderenza agli interventi di screening.

Il quadro fin qui descritto, caratterizzato da una scarsa attenzione da parte dei cittadini italiani alla tutela della propria salute ed al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione, è segnato così da una scarsa percezione del rischio e/o da un'irresponsabilità personale alquanto diffusa.

Eppure questo quadro appare contraddittorio rispetto a quanto risulta da tutte le indagini, in cui i timori e le preoccupazioni più grandi riferite da parte dei cittadini italiani sono proprio la malattia e la non autosufficienza, molto più che altre questioni diffuse come il futuro dei propri figli, la crisi economico-finanziaria o le problematiche connesse al lavoro.

Potrebbe sussistere, quindi, un limite tra la volontà ideale e la possibilità reale intesa come capacità di leggere la realtà ed affrontare il futuro. Si è già accennato che rispetto ai coetanei degli altri Paesi europei, i giovani italiani in età scolare hanno maggiori difficoltà nelle tematiche legate alla matematica, alle scienze ed alla lettura (OCSE, 2012). Più in generale, secondo i numeri dello studio Ipsos Mori, svolto nel Regno Unito, l'Italia è il Paese più ignorante d'Europa, nel senso che 'ignora' la dimensione reale di alcuni fenomeni ed è convinto che tutto vada drammaticamente peggio. Nel nostro Paese, infatti, la popolazione pensa che il 30% sia composta da immigrati (in realtà è il 7%), che il 20% siano musulmani (quando sono appena il 4%), che il 48% della popolazione sia over 65 (in realtà il 21%) e che i cittadini disoccupati siano il 49% (quando in realtà sono meno del 12%).

I cittadini possono e devono contribuire efficacemente a limitare lo sviluppo di molte delle malattie croniche modificando i propri stili di vita.

Considerazioni conclusive

Quando si verifica una tempesta vi sono sempre segnali premonitori deboli, spesso impercettibili.

È compito degli esperti riuscire a individuarli con anticipo e capirli, soprattutto quando gli stessi possano indicarci l'arrivo di una tempesta perfetta, cioè di una di quelle situazioni in cui una serie di elementi si influenzano e si aggravano a vicenda, generando condizioni meteo estreme e devastanti.

Nel caso della meteorologia esistono teorie e strumenti che permettono con una certa attendibilità di capire quanto grave possa essere una tempesta, in modo da fornire le giuste informazioni a chi voglia mettersi in viaggio. Grazie a questi strumenti gli avvisi emanati riescono spesso a ridurre i danni ed a salvare vite umane.

Purtroppo, al di fuori dell'ambiente meteorologico, un tale processo è molto più complesso in quanto, spesso, mancano strumenti che rilevano i segnali e non sempre sono disponibili modelli interpretativi che permettono di collegare tra loro i vari elementi per capire se stiamo andando incontro a una tempesta. Eppure, in vari ambienti, dal sociale all'economico, dal politico al sanitario, negli ultimi anni si è spesso fatto ricorso (anche se a volte in modo improprio) al termine di 'tempesta perfetta', ad indicare l'esistenza di situazioni di crisi profonda che possono avere importanti ripercussioni sulla società, innescando cambiamenti e rivoluzioni i cui effetti finali (positivi e/o negativi) sono sconosciuti.

Situazioni di inquietudine, di cambiamenti in atto, di insofferenza rispetto alle cose attuali che ci circondano, di aumentata insicurezza, sono tutti segnali ed elementi che, considerati singolarmente, potrebbero non essere ritenuti in grado di generare disordine e caos. Eppure, gli stessi segnali e fenomeni, componendosi tra di loro, se non adeguatamente valutati, potrebbero rapidamente portare verso condizioni estreme, che diventano poi difficili da gestire.

In questi casi, le difficoltà nascono dal fatto che è illusorio immaginare di uscire dalla tempesta pensando di sistemare una delle possibili dimensioni che l'ha generata, senza sistemare anche le altre.

L'esempio più eclatante e recente è proprio quello della crisi economica a livello internazionale prima descritta, in cui la 'tempesta perfetta' che si è scatenata è allo stesso tempo finanziaria, economica, sociale e politica: situazioni critiche in evoluzione su differenti quadranti sono confluite in un unico scenario, scatenando effetti catastrofici sul sistema economico internazionale.

Esistono tanti segnali che, considerati singolarmente, potrebbero non essere ritenuti in grado di generare disordine e caos. Eppure, gli stessi segnali e fenomeni, componendosi tra di loro, se non adeguatamente valutati, potrebbero rapidamente portare verso condizioni estreme, che diventano poi difficili da gestire.

In questo caso, risolvere uno dei problemi tralasciando gli altri non rappresenta la soluzione migliore.

Le evidenze che abbiamo precedentemente descritto ci indicano che all'orizzonte si profila l'arrivo di una "tempesta perfetta" nel settore della sanità, con risvolti in termini sociali, economici e politici che potrebbero essere anche più devastanti di quelli generati dalla recente crisi economica.

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie, l'aumento dei bisogni e della domanda e la contemporanea diminuzione delle risorse umane e finanziarie sono solo alcuni dei segnali che singolarmente potrebbero non destare forti preoccupazioni, ma che se dovessero sommarsi ed interagire tra di loro possono provocare effetti catastrofici.

Bibliografia

Kotter J., Rathgeber H., *Our iceberg is melting*, St Martin's Press, New York, 2006

Gray M. Ricciardi W., *Per una sanità di valore. Come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse*. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2008

FBM-Censis, *Quale sanità dopo i tagli? Quale futuro per le risorse in sanità?* 2012

Censis, *Italy Today. Social Picture and Trends*. 2013

Italian health Policy Brief, 1° Country Report Italia – *Le sfide decisionali per la salute e l'assistenza sanitaria in Italia*. Altis, Roma, 2013

Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, *Rapporto Osservasalute 2013*. 2014

Ricciardi W, Atella V., Cricelli C., Serra F., *La Tempesta Perfetta, il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?* Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 2015.

Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, *Rapporto Osservasalute 2014*. 2015

Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, *Rapporto Osservasalute 2015*. 2016

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Numeri precedenti

Luglio 2012

Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare

Gennaio 2013

La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*:
il quadro di sintesi dei prossimi anni

Luglio 2013

Sanità e salute: la variabile generazionale

Novembre 2013

Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti

Gennaio 2014

La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN

Luglio 2014

I conti della sanità: consuntivi e prospettive future

Settembre 2014

I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi

Dicembre 2014

Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia:

welfare state e welfare society

Gennaio 2015

Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi
sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia

Maggio 2015

Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa
sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini
di salute e spesa sanitaria.

Luglio 2015

I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future

Novembre 2015

Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia

Gennaio 2016

La struttura dei costi della sanità in Italia:
analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)

Giugno 2016

La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione

Luglio 2016

Alla difficile caccia della inappropriatazza

Dicembre 2016

I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future

Gennaio 2017

La salute nel ciclo di vita della popolazione:
come sta cambiando e come si può intervenire

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it