

# TOCCHIAMO LA SANITA'

Un disastro economico oscuro e che fa male anche alla salute. I motivi per frenarlo

*Tutto ciò che si aggira nell'universo della diagnostica e della terapia diventa prestazione del Ssn. Non dovrebbe essere così*

*La vicenda del vaccino alle bambine contro il papillomavirus è un esempio di indebito saccheggio dei salvadanai pubblici*

*Il disavanzo toscano del 2009 dimostra che la foresta sanitaria può risultare impenetrabile anche a un oculato governo regionale*

*Un guazzabuglio che fa lievitare la spesa, non apporta vantaggi alla salute e crea malattie e malati dove non ci sarebbero*

di *Roberto Volpi*

**E**così anche questa volta, pur nel pieno della bufera finanziaria e della necessità di tagliare la spesa pubblica se si vogliono recuperare risorse da dedicare a una strategia della crescita che stenta parecchio a prender corpo, il comparto sanitario, il Servizio sanitario nazionale (Ssn), l'ha sostanzialmente sfangata. Ma è davvero giusto che la spesa sanitaria non venga toccata - al più resti al palo - e attraverso incolume ogni manovra, anche la più ampia e, per certi aspetti, drammatica come quest'ultima? Chi scrive pensa che questo succeda perché l'ambito sanitario è diventato così immenso, complicato, invasivo, frammentato, contraddittorio che nessuno è più capace di orientarsi davvero nei suoi mille rivoli e meandri con tanto di connessioni e interdipendenze.

La risposta di "quelli che la sanità non si tocca", sempre sotto forma di domanda retorica, è tutt'altra: ma se da noi la sanità costa così poco, molto meno che nel resto d'Europa, com'è che si può anche soltanto pensare di andarci dentro con le forbici? Molto gettonata è anche quest'altra: come si fa a tagliare proprio quel che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket? Si deduce, mettendo assieme le due contro-domande retoriche, che la spesa sanitaria è pressoché intoccabile perché già monetariamente esigua rispetto agli standard occidentali e ridotta allo stretto indispensabile quanto a prestazioni e consumi.

Le cose non stanno così. Intanto, se dai paesi Ocse si escludono gli Stati Uniti, che hanno una spesa sanitaria pro capite abnorme, la più alta del mondo, la spesa pro-capite per ogni italiano, circa 2.500 euro l'anno, è perfettamente in linea con la media Ocse, e così pure il valore, attorno al 9 per cento del Pil, che la nostra spesa sanitaria rappresenta (diffiderei di conteggi troppo precisi che si leggono da più parti, quando è nebulosa pure la spesa sanitaria di alcune regioni).

Si tenga poi presente che nel 2009 lo stato italiano ha contribuito per 106,4 miliardi di euro al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (sul sito del ministero

della Salute non siamo ancora al consolidato del 2010, dice niente la cosa?). Si tratta di una cifra pari al 76-77 per cento della spesa sanitaria complessiva, una proporzione più alta di quattro-cinque punti rispetto alla media dei paesi dell'Ocse. Il resto è quasi tutto spesa diretta delle famiglie, con un apporto ancora marginale, diversamente da quel che succede in altri paesi Ocse, di assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

Insomma, non c'è affatto una più bassa spesa sanitaria italiana. Senza dire che 2.500 euro l'anno ad abitante non possono che rappresentare l'indice di un'organizzazione sanitaria capillare e di consumi che tutto sono meno che contenuti.

Proprio quanto ai consumi, difficile non vedere nelle loro articolazioni, tipologie e quantità il rispecchiamento diretto del modo di essere e operare dei servizi sanitari nella loro distribuzione sul territorio. I consumi sanitari sono quelli maggiormente preordinati dall'alto: dalla programmazione sanitaria e dagli sviluppi della ricerca, certamente, ma anche dalle mode terapeutiche e diagnostiche, dagli interessi di gruppi industriali sovente di dimensioni planetarie (farmaci, apparecchiature biomedicali, sistemi di controllo, robotica e miniaturizzazione, trattamento automatico delle informazioni) e non ultime dalle convenienze di centri di potere professionali, accademici e pure politici. I cittadini coi loro bisogni di salute c'entrano poco. Cosicché tutto quel che si aggira nell'universo mondo della medicina, della diagnostica, della terapia, fatalmente diventa prestazione fornita dal Ssn. Non dovrebbe essere così. Dovrebbero operare filtri più sottili e valutazioni più appropriate per consentire a prestazioni e servizi di rientrare tra quelli garantiti a tutti i cittadini dal Ssn, ovvero di acquisire il marchio Lea: Livelli essenziali di assistenza. I Lea comprendono infatti "prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket". Istituiti nel 2002 dopo fiumi di retorica e bei propositi, e aggiornati nel 2008, si sono dimostrati il più inutile degli strumenti per discernere le prestazioni e i servizi davvero essenziali dalle prestazioni e i servizi che essenziali non lo sono affatto, ciò che è bene rientri



da ciò che è bene venga escluso dal pagamento pubblico. Cioché non meraviglia affatto che nelle oltre 5.700 "prestazioni essenziali" incluse nel campionario dei Lea abbia subito trovato posto, nella revisione 2008, l'allora appena paratorita vaccinazione contro il papillomavirus delle non ancora adolescenti ragazzine italiane, preceduta dallo squillare delle trombe sui magnificati effetti - del tutto aleatori, oltre che non verificabili neppure tra mill'anni - e dalla sordina sui costi, invece formidabili.

La vicenda di questo vaccino è esemplare della fine ingloriosa di tante azioni sanitarie la cui principale funzione sembra essere quella di succhiare risorse dai sempre più esangui salvadanai pubblici. Al progetto Venice (Vaccine european new integrated collaboration effort: non è la fantasia che scarseggia dalle parti di Bruxelles) relativo ai programmi di vaccinazione partecipano, è vero, tutti i ventisette paesi dell'Unione europea più l'Islanda e la Norvegia, per un totale di ventinove paesi. Ma, attenzione: quelli che hanno proceduto con la vaccinazione antipapillomavirus sono diciotto, quelli che hanno introdotto un sistema di monitoraggio sono tredici, quelli di cui si conoscono i dati sono sette. E neppure in questi sette paesi si è complessivamente riusciti, nonostante la gratuità dei vaccini, a vaccinare almeno una bambina di undici-dodici anni su due, con percentuali di copertura che oscillano da meno del venti per cento della Francia all'ottanta per cento dell'Inghilterra. L'Italia sta nel mezzo di questo gigantesco flop, di cui nessuno ha fatto parola.

I soldi che si buttano nelle azioni più controverse tendono a essere dimenticati in fretta proprio dal Ssn. E' già passata in fanteria la scoppola per le finanze pubbliche rappresentata dal vaccino contro l'influenza suina. Nessuno sa quanto costano, per stare all'Italia, gli screening di popolazione, ma in compenso si sa (anche se le autorità si affannano senza successo a cercare di dimostrare il contrario) che danno risultati d'una sconcertante mediocrità.

Vaccinazioni e diagnostica: sono proprio questi i settori cresciuti più in fretta e con prospettive ancora buone, anzi ottime, specialmente se la genetica si risolve a mettere a punto qualche test a buon mercato che accerti le propensioni del genoma individuale alle più comuni patologie degenerative (altra fonte potenziale di costi e malattie immaginarie e psicosi). L'espansione della diagnostica si viene sempre più configurando come un'arma di difesa degli stessi medici che, per non correre rischi, ogni volta che si trovano di fronte a un quesito rifilano ai portatori del suddetto dosi superflue di esami da eseguire: non si abbia a dire, domani, che si sono dimenticati di prescrivere questo o quell'altro esame.

Cioché almeno teoricamente i ticket oggi appaiono doppiamente indispensabili. Senza, saremo sempre sopraffatti - per com'è congegnato il sistema - da visite ed esami impropri. Dall'indagine Istat sul ricorso ai servizi sanitari è possibile concludere che un accertamento diagnostico su due è fatto in assenza di qualsivoglia malattia o disturbo. Anche la proporzione delle visite svolte senza che vi siano reali motivi

medico-sanitari è analoga. Ma lo stesso effetto dei ticket subisce la distorsione del divario nord-sud. Nel 2012, a seguito della manovra del governo, si dovrebbe arrivare a 83,4 milioni di ricette non esenti in laboratori e ambulatori, dei quali però solo 13,7 milioni nel Mezzogiorno, pari a poco più del 16 per cento - mentre la popolazione di quest'area geografica supera il 34 per cento della popolazione italiana, uno scompenso frutto di un livello di esenzione assai più alto qui che nel centro-nord.

Vecchia storia pure questa della sanità nel Mezzogiorno, a proposito della quale c'è però da fare attenzione per non cadere in un equivoco assai diffuso: il problema della sanità nel Mezzogiorno non è che costa troppo allo stato. Tutte le regioni del sud, a esclusione della Sardegna e del Molise, ricevono un finanziamento pro-capite dallo stato inferiore, sia pure non di molto, alla media nazionale (poco meno di 1.750 contro poco più di 1.800 euro pro-capite) perché i criteri di ripartizione del fondo nazionale prendono in considerazione l'età della popolazione, ch'è mediamente più bassa nel Mezzogiorno - dove dovrebbe quindi aversi un minore ricorso ai consumi sanitari. L'estrema debolezza della sanità nel sud risiede in servizi che sono molto al di sotto, quantitativamente e soprattutto qualitativamente, del livello che sarebbe consentito dal finanziamento statale, cosa che "obbliga" a una migrazione sanitaria ininterrotta da quelle regioni alle regioni del centro e del nord, con una conseguente bilancia compensatoria con queste ultime sempre in rosso. Se poi si considera che, data l'altissima esenzione, neppure dai ticket arriva nelle casse della sanità meridionale qualcosa di davvero consistente, si capisce bene perché i disavanzi di bilancio si annidano in quasi tutte le regioni del sud.

Disavanzi dai quali, d'intesa tra governo e regioni, si può venir fuori con quei piani di rientro dal disavanzo che tra febbraio 2007 e dicembre 2010 sono stati attivati in dieci regioni di cui due al nord (Piemonte e Liguria), una al centro (Lazio) e ben sette nel mezzogiorno (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna - vale a dire tutte le regioni meridionali con la sola esclusione della Basilicata).

Con il patto della salute della fine del 2009, sempre tra governo e regioni, è poi stata data facoltà a queste ultime di predisporre programmi operativi per la prosecuzione dei piani di rientro per gli anni 2010-2012. Faccenda ingarbugliata, come si sarà già capito; cifre e situazioni non così limpide. Ad oggi in rientro dal disavanzo abbiamo ancora otto regioni, avendo Liguria e Sardegna concluso il loro percorso.

Le situazioni sono molto variegiate, ecco alcuni stralci di valutazioni congiunte da parte del tavolo tecnico e del comitato per la valutazione (organismi di valutazione regionali e centrali) nel corso di riunioni svoltesi tra aprile e luglio del corrente anno.

Per il Lazio, il tavolo tecnico e il comitato per la valutazione "hanno valutato che il risultato di gestione relativo al 2009 evidenzia, dopo il conferimento delle ulteriori risorse, un avanzo di 18,7 milioni (...) e che è possibile erogare alla regione l'ulte-

riore 10 per cento delle spettanze residue a tutto il 2009, pari a 202 milioni di euro". Si va dunque appianando la situazione nella regione più indebitata? Sembra che di sì, ma è presto per dirlo, perché "in ordine al programma operativo 2011-2012 e alla sua attuazione, tavolo e comitato restano in attesa di ricevere un testo aggiornato sulla base delle osservazioni formulate dai ministeri (...)".

Va peggio alla Campania. "Tavolo e comitato, in merito alla verifica annuale 2010, ritengono che gli obiettivi previsti dal piano operativo 2010 siano solo parzialmente completati, mentre, relativamente al programma operativo 2011-2012, esso necessita di integrazioni e modifiche in ordine alla effettiva realizzazione dei risparmi proposti attraverso la predisposizione di relazioni tecniche dettagliate".

Poi ci sono regioni che continuano a pagare conti accumulati dalla notte dei tempi. Per la Calabria, tavolo e comitato "valutano che (...) sussistono le condizioni per accedere all'anticipazione di liquidità fino a un massimo di 500 milioni di euro", ma "essendo presente un disavanzo non coperto cumulativamente valutato per il periodo 2006-2010 in 1.047 milioni di euro si prefigurano le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente", oltre al blocco del turn over del personale.

Per il Molise le campane suonano a morto. "Tavolo e comitato valutano che il risultato di gestione al IV trimestre 2010, comprensivo del rischio minimo e della perdita 2009 portata a nuovo, evidenzia una perdita non coperta di 98,3 milioni di euro e si prefigurano pertanto le condizioni per l'applicazione di", in sintesi, aumento Irap, addizionale Irpef, blocco turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie.

Stesso suono di campane per la Puglia dove "poiché la regione non ha adottato, nei termini fissati, i provvedimenti esecutivi delle sentenze della Corte costituzionale, come previsto all'articolo 5, comma 1 dell'accordo, si sono realizzati i presupposti per l'automatica risoluzione dello stesso. Inoltre, in ordine alla documentazione trasmessa in attuazione del piano di rientro, si registra un significativo ritardo negli adempimenti nel piano di rientro e previsti al 31 dicembre 2010". E ancora "La regione Puglia, al IV trimestre 2010, dopo le coperture, presenta un disavanzo di 93,66 milioni di euro e pertanto si sono manifestate le condizioni per l'applicazione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004", che obbliga il presidente della regione ad approvare il bilancio al fine di determinare il disavanzo di gestione e ad adottare i provvedimenti necessari per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti di Irpef e Irap.

Sul versante esattamente opposto si erge la Sicilia, il cui risultato di gestione del quarto trimestre 2010 è in attivo di 147 milioni e per la quale la verifica del 2010 è stata ritenuta "positiva" e "adeguata" il programma operativo 2010-2012.

Situazioni alquanto diversificate, dunque, e quasi tutte ancora in movimento, ancora non definitivamente chiarite nella dinamica e nelle prospettive. Né si può esclu-

dere che disavanzi appaiano anche là dove meno uno se lo aspetterebbe.

Nella virtuosa Toscana, per esempio, un disavanzo di 224 milioni di euro per il 2009 nella sola Asl di Massa è stato ripianato con un tesoretto accumulato dalla regione in anni precedenti. Ma l'aspetto davvero preoccupante della faccenda sta nel fatto che il buco è riuscito a passare inosservato per un bel pezzo - a dimostrazione di quanto la foresta sanitaria possa risultare impenetrabile anche a un oculato governo regionale della sanità.

Anche per questa imprevedibilità, nel complesso la gestione della sanità dà l'impressione di procedere con estrema fatica, specialmente al sud, e con prospettive tutt'altro che facili. I nodi vengono al pettine, e con l'inevitabile restringimento della borsa sono destinati a diventare più coriacei, a meno che non si facciano scelte decisive.

Arriviamo così alla *vexata quaestio* dei cosiddetti costi standard. Potrebbero farci risparmiare, ma non si sa come determinarli e le ipotesi in essere suscitano perplessità (una media dei costi unitari di produzione di Lombardia, Veneto e Toscana?). Comunque congegnati, questo è il punto, porterebbero ad abbassare il finanziamento alle regioni meridionali, a meno che non si ricorra a un criterio di ripartizione che faccia pesare, a loro favore, un qualche indicatore di disagio o deprivazione sociale. Ma non si può non vedere che se non si innalzano le capacità manageriali e gli standard qualitativi e quantitativi della sanità meridionale, buttarci più risorse non significa necessariamente migliorare l'assistenza nel Mezzogiorno e recuperare il divario nord-sud.

Più che standard dei costi - o almeno assieme a essi - occorrono dunque standard di qualità e di efficacia. Quegli stessi che potrebbero consentire al disperso governo della sanità, tra ministero, regioni e asl, di fare le scelte difficili che fatalmente si imporranno (si viaggia pur sempre a colpi di tre-quattro miliardi di euro di disavanzo annuo).

Tutti gli assessori regionali sono già sul piede di guerra, non vedono come potranno andare avanti anche soltanto in costanza di risorse. Hanno ragione, dal loro punto di vista, dal momento che nessuno di loro contempla che la politica sanitaria possa e anzi debba passare, se vorrà tenere in piedi l'edificio, attraverso dei seri e mirati contenimenti della spesa che rimettano in circolo un'intelligenza selettiva che è andata perduta nella duplice illusione che mai sarebbero finiti i tempi delle vacche grasse e che tanto, cascasse il mondo, "la sanità non si tocca". Ci sarebbe quasi di che augurarsi, per il bene della sanità (e delle persone, va da sé), che per scongiurare il pericolo del mondo che casca essa venisse invece toccata alla grande. Forse ritoverebbe uno slancio verso la capacità di scegliere e scartare e delimitare, braccio armato di quell'efficacia che, travolta dalle mode dei check-up, degli esami in assenza di malattie e sintomi, delle visite preventive, degli screening generalizzati, degli inutili Lea, langue a pane e acqua negli scantinati dell'Empire State Building medico-sanitario.

Al pubblico quello che è davvero essenziale e doveroso che sia pubblico e che deve essere fatto come Dio comanda al nord come al sud. L'immense, ipertrofico, ridondante guazzabuglio attuale fa lievitare la spesa e non apporta un'unghia di vantaggio in termini di salute collettiva, semmai crea malattie e malati anche dove non ci sarebbero né le une né gli altri. Per tutto il resto, che il mercato faccia pure le pirotecniche e i fuochi d'artificio, se crede e ci riesce, meglio per tutti.