

# Il calabrone che vola

di Elio Borgonovi

*Da tempo non si sente più richiamare l'immagine del "calabrone che vola" per descrivere la realtà dell'Italia. Un'immagine usata 10-15 anni fa che nasceva dal fatto che il calabrone ha caratteristiche aerodinamiche che non gli consentirebbero di volare secondo le leggi della fisica, ma che nella realtà vola. Un'immagine evocata con riferimento a una serie di indicatori economici secondo i quali l'Italia non avrebbe potuto e non potrebbe dopo la crisi essere tra le principali economie sviluppate, utilizzata anche per descrivere la realtà delle imprese cooperative che non avrebbero potuto e non potrebbero sopravvivere se analizzate secondo i principi "tradizionali e consolidati" delle teorie delle imprese e del management. Una immagine che viene sempre evocata poiché nella maggior parte delle classifiche riguardanti caratteristiche positive (esempio numero di università tra le prime 500 del mondo, percentuale dei laureati o di persone con istruzione superiore rispetto alla popolazione, tasso di occupazione femminile, capitalizzazione delle imprese, numero di manager, durata dei processi, attrattività di capitali esteri solo per parlare di alcuni), l'Italia figura agli ultimi posti mentre nelle classifiche sulle caratteristiche negative (esempio livello percepito di corruzione, disoccupazione generale, giovanile, nelle regioni del sud, tasso di sviluppo degli ultimi 20 anni e altri) figura ai primi posti.*

*Questa immagine è stata recentemente sostituita dal premier Renzi con quella dei "gufi" ossia di coloro che prevedono evoluzioni negative del sistema Italia e preconizzano la sua decadenza strutturale.*

*Una metafora che in senso contrario può essere applicata al SSN italiano. Infatti, come si è ricordato altre volte negli editoriali di Mecosan, ci si può domandare come possono coesistere indicatori di salute tra i migliori del mondo con un livello di spesa pro capite, come percentuale del prodotto interno lordo, tasso di incremento negli ultimi cinque anni decisamente inferiori a quelli degli altri grandi Paesi progrediti sia nella componente pubblica che a livello globale pubblico. Detto in altre parole sembrerebbe che con un livello di spesa così basso rispetto agli altri Paesi progrediti sia impossibile raggiungere livelli di salute così elevati, in questo caso non si tratta di valutazioni soggettive, ma si fa riferimento a dati raccolti da soggetti esterni indipendenti come sono OCSE, WHO e altri organismi internazionali ai quali si rimanda per confronti specifici<sup>1</sup>.*

*La metafora è ancor più appropriata poiché gli indicatori positivi di salute permangono anche dopo 15 anni nei quali in Italia vi è stata una tendenza di drastica riduzione dei posti letto, dei ricoveri e del tasso di ospedalizzazione, della durata di degenza media, di personale (soprattutto dopo l'introduzione dei piani di rientro nelle Regioni in disavanzo e il generalizzato blocco del turnover), il cui numero sembra oggi arrivato a un livello di guardia (si veda "Rapporto OASI 2015"). Quest'ultima misura ha inevitabilmente aumentato l'età media di medici, infermieri, altri operatori, ha avuto effetti negativi anche con riguardo alle inidoneità, inabilità e limitazioni lavorative e ha determinato un aumento degli straordinari e dei turni di lavoro oltre i limiti prefissati da una direttiva europea (turni di riposo obbligatoriamente superiori alle 11 ore) con l'inevitabile apertura della procedura di infrazione nei confronti del nostro Paese.*

<sup>1</sup> OECD: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.  
WHO: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/).

Oggi però ci si potrebbe porre la seguente domanda: fino a quando il calabrone potrà continuare a volare, ossia a garantire un sistema di tutela di salute universalistico e generalizzato? Una domanda che nasce da una serie di semplici considerazioni. In primo luogo le severe misure di contenimento della spesa hanno determinato situazioni nelle quali in molte Regioni sottoposte ai piani di rientro, negli ultimi mesi dell'anno, non vengono garantite prestazioni "non urgenti e non vitali" per esaurimento dei budget delle strutture pubbliche e di quelli riconosciuti a strutture private accreditate. In questi casi i pazienti sono costretti a pagare direttamente o tramite fondi a cui essi hanno aderito o assicurazioni sottoscritte, prestazioni che pure sono incluse nei livelli essenziali di assistenza o, si fa per dire, con toni a volte scherzosi a volte drammatici, "devono aspettare a ammalarsi al 1 gennaio dell'anno successivo". Collegandosi a questi dati, alcuni analisti danno una interpretazione negativa anche ai dati positivi, in quanto sottolineano che i livelli assistenziali considerati ai primi posti nelle comparazioni internazionali non tengono conto delle grandi differenze tra Regioni considerate "virtuose" e Regioni considerate "poco virtuose". Un'interpretazione che accentuerebbe la metafora del calabrone perché non occorre essere grandi esperti di statistica per pensare che una media "ottima" per l'intero Paese rispetto alla media dei Paesi avanzati, correlata a bassi livelli di assistenza delle Regioni meridionali, potrebbe essere ottenuta solo con livelli "eccezionali" delle Regioni considerate virtuose. Se poi si aggiunge che i critici nei confronti del SSN continuano a parlare di parecchi miliardi di possibili risparmi derivanti da eliminazioni di sprechi, inefficienze, inappropriatazza, corruzione, appare evidente che il paradosso sarebbe ancora più accentuato poiché ci si troverebbe di fronte a un "calabrone che continua a volare pur in presenza di spinte verso il basso".

In secondo luogo, si può temere che il calabrone continui a volare solo nel breve periodo, ma "continua a perdere quota" con riferimento al medio e lungo periodo. Una spiegazione che deriva da molte "evidenze" preoccupanti in quanto i dati mostrano una riduzione degli interventi di prevenzione che inevitabilmente sono destinati a riflettersi in termini di maggiori costi o minori livelli assistenziali e minore livello di benessere nel medio e lungo periodo. Altri dati mostrano che, oltre l'aumento dell'età media dei dipendenti, si ha un aumento dell'età media di attrezzature, apparecchiature, in generale tecnologie sanitarie che a loro volta potranno determinare in futuro minore qualità dell'assistenza garantita ai pazienti, anche riduzione della loro sicurezza, oltre a un aumento di costi per manutenzioni ordinarie e straordinarie. Effetti questi che possono determinarsi inoltre per la limitata possibilità di rinnovamento del patrimonio edilizio e sanitario con ospedali sempre meno adatti per i nuovi modelli assistenziali e con strutture di assistenza extra ospedaliera (case della salute, strutture per anziani e lungodegenti e altre) non funzionali rispetto alle logiche di continuità delle cure e di risposta ai bisogni di una popolazione che vive più a lungo ma caratterizzata in misura maggiore da cronicità e multicronicità.

In terzo luogo si può temere che il calabrone finisca per "schiantarsi al suolo", il che vorrebbe dire impossibilità di mantenere un SSN guidato dai principi di universalità, equità, tutela di un diritto fondamentale dei cittadini e più in generale della persona umana (Art. 32 della Costituzione). Un rischio che è reale in quanto le scelte del Governo, delle Regioni, delle aziende sanitarie e di altri soggetti economici e sociali, nonché i comportamenti di medici, infermieri, altri operatori di assistenza, degli stessi pazienti non sono adeguati ad affrontare tendenze già in atto ma che si accentueranno in tempi brevi con una rapidità imprevedibile ma sicuramente elevata. Si fa riferimento all'evoluzione delle conoscenze nel campo della genomica, terapie geniche e molecolari in grado di garantire risposte ai bisogni di salute sempre più "personalizzate", ma altrettanto sicuramente a costi sempre più elevati.

Interventi sul piano del recupero di efficienza e della razionalizzazione delle strutture di offerta e dei modelli assistenziali, che pure sono possibili e necessari, non saranno più sufficienti per affrontare cambiamenti così profondi e strutturali. Molte ricerche indicano che nei prossimi 8-10 anni, circa l'80% delle conoscenze attuali nel campo della prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione saranno superate, il che richiederà non solo interventi di aggiornamento di medici, infermieri, altro personale di assistenza, ma anche la messa in campo di risorse finanziarie significative. Non sarà sufficiente accontentarsi di aumentare di 1-1,3 miliardi il fondo sanitario nazionale ogni anno (come continuano ad affermare il Presidente del Consiglio Renzi e il ministro Lorenzin, commentando positivamente le misure adottate dalla Legge di Stabilità per il 2016 rispetto al 2015), ma occorrerà "cambiare decisamente passo". Cambiare passo significa in termini semplici, cambiare "cultura" dei diversi soggetti, intesa come modo di interpretare la realtà, prepa-

rarsi al futuro e rapportarsi ad altri soggetti con la convinzione che è possibile passare da logiche “semplicemente competitive”, secondo cui qualcuno vince e qualcuno perde (win-lose), a logiche di “collaborazione in quadro di competizione virtuosa”, secondo la quale tutti possono migliorare o vincere (win-win). Ogni soggetto deve porsi nella prospettiva di migliorare se stesso dovendosi confrontare con problemi e situazioni sempre più complesse, mentre tutti i soggetti devono convincersi che si può migliorare e vincere solo se si agisce congiuntamente e per uno stesso obiettivo, mentre se si resta separati e in conflitto qualcuno può vincere nel breve periodo mentre tutti perdono inevitabilmente nel medio e lungo periodo.

Innanzitutto è necessario cambiare la logica della politica sanitaria che negli ultimi anni è stata condizionata in negativo dalla seguente impostazione:

- si è rinunciato a una politica sanitaria in senso reale e complessivo, in quanto essa si è ridotta alla politica della e sulla spesa sanitaria;
- a sua volta la politica di spesa sanitaria è stata subordinata alla politica della/sulla finanza pubblica;
- la politica della/sulla finanza pubblica ha sostituito una visione più generale di politica economica tanto è vero che sono mancate o sono apparse estremamente deboli nel nostro Paese coerenti politiche industriali, della ricerca, dell'innovazione, del commercio internazionale, dell'energia ecc.

Una sequenza che ha finito per indebolire ancor più il ruolo della “politica” in senso lato portando acqua al mulino dei movimenti critici nei confronti dei partiti tradizionali, delle istituzioni, della stessa Unione Europea. Pur riconoscendo all'attuale Governo e al premier Renzi il merito di aver cercato di ridare centralità alla politica in senso lato, non è possibile sottovalutare il fatto che non hanno potuto o voluto ridare il giusto ruolo alla politica sanitaria. In effetti la nuova sequenza logica che il Governo e il Premier Renzi hanno ritenuto di adottare può essere sintetizzata nei seguenti termini:

- esigenza di acquisire un vasto e stabile consenso politico;
- perseguimento del consenso tramite riforme strutturali (del mercato del lavoro, istituzionale, della scuola, della pubblica amministrazione ecc.), alcune già completate altre ancora in itinere;
- politica economica focalizzata sul rilancio della domanda interna tramite misure considerate da diversi analisti o diverse parti politiche come corretto sostegno allo sviluppo o, viceversa, espressive di interventi elettoralistici (i famosi 80 € del 2014, la cancellazione dell'IMU e TASI sulle prime case, incentivi per l'edilizia, ammortamenti incentivati per acquisti di beni strumentali);
- dati i vincoli europei e data la rigidità di molte altre voci di spesa pubblica (tipicamente quella pensionistica e per il personale, per la scuola), puntare su azioni di contenimento soprattutto della spesa pubblica per il SSN passata dal 7,2% circa del 2009 al 6,8-6,9% prevista per il 2016.

Se non si vuole che il “calabrone si schianti al suolo” con un inevitabile effetto negativo anche sul piano della sostenibilità sociale, politica e istituzionale, è necessario e urgente passare dalla politica della/sulla spesa sanitaria a una politica sanitaria quale componente fondamentale di politica economica. Ciò vuol dire essenzialmente due cose: da un lato considerare congiuntamente e con coerenza gli interventi sulla spesa con quelli sui LEA, sui DRG, sui farmaci, sulle tecnologie sanitarie e dall'altro considerare la spesa per la salute come possibile driver di un nuovo modello di sviluppo.

La Legge di Stabilità prevede che i nuovi LEA (che sono rimasti invariati dal 2001) siano approvati entro 60 giorni e che siano ridefiniti nuovi DRG, nuovi nomenclatori degli ausili sanitari entro il 31 dicembre 2016. Tuttavia, non basterà dare attuazione formale a questi adempimenti ma sarà necessario che i nuovi LEA e i nuovi DRG siano coerenti con realistici livelli di spesa. Se tale coerenza non sarà rispettata, si ripeterà la situazione sperimentata in anni recenti, ossia una divaricazione tra LEA dichiarati e LEA effettivamente garantiti soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro.

*La seconda condizione richiede di considerare la duplice caratteristica della spesa sanitaria. Sicuramente essa è una componente della spesa per consumi, ma altrettanto sicuramente essa è una componente della “catena del valore” che collega consumi a produzione, a investimento. Perciò la politica della spesa sanitaria dovrebbe entrare nel quadro della più generale politica economica e non essere subordinata a essa. Innalzare di un livello la collocazione logica della spesa sanitaria significa considerare le relazioni che essa può avere con la politica industriale, della ricerca, dell’innovazione, del commercio estero (per esempio per quanto riguarda le tecnologie sanitarie e i farmaci). Indubbiamente i margini di discrezionalità del Governo sono ridotti dati i vincoli del rilevante debito pubblico italiano e quelli imposti dalle “regole di convergenza” europei ma in questa sede si ritiene importante che appare ancora inadeguata la logica con cui è stata affrontata la spesa per la salute.*

*Un secondo “salto di cultura” riguarda gli assetti istituzionali che si sono sviluppati in modo disarmonico, per non dire contraddittorio, dal momento dell’istituzione del SSN. Negli anni ’80 è stata data rilevanza esplicita soprattutto al ruolo della “politica” e degli enti locali nella gestione delle USL. Negli anni ’90 il focus dell’attenzione si è spostato sulla gestione manageriale delle strutture di erogazione dei servizi, non a caso definite anche sul piano giuridico “aziende”, dotate di autonomia amministrativa, organizzativa, gestionale, patrimoniale, contabile. Agli inizi del nuovo secolo, con la riforma del titolo V della Costituzione nel 2001, sono stati ampliati i poteri delle Regioni sul piano legislativo, programmatico, organizzativo, contabile senza il mantenimento di un adeguato potere di indirizzo da parte dello Stato. Gli strumenti utilizzati per il coordinamento tra Stato e Regioni (in particolare il Patto per la Salute concordato nell’ambito delle Conferenze Stato-Regioni, definizione a livello nazionale dei DRG, approvazione da parte di AIFA dei farmaci da immettere in commercio ecc.) sono risultati estremamente deboli di fronte a un sistema istituzionale di “legislazione concorrente” che ha portato molti conflitti tra Stato e Regioni al giudizio della Corte Costituzionale.*

*I continui divari tra livelli di finanziamento tramite FSN e spesa effettiva, che hanno portato a un “disavanzo complessivo” di circa 33 miliardi a fine 2014 di cui poco più di 21 ripianati con provvedimenti specifici, a partire dal 2006, e ancor più dal 2009 dopo l’esplosione della crisi finanziaria e del debito pubblico, hanno spostato decisamente il potere decisionale dalle regioni e dal Ministero della Salute al Ministero dell’Economia e Finanza.*

*Anche la successione di quattro fasi evolutive tra loro non coerenti caratterizza la metafora del calabrone che vola. Bene o male è stata mantenuta la natura universalistica del diritto alla tutela della salute in presenza di 21 sistemi regionali (comprese le Province autonome di Trento e Bolzano), molto differenti sul piano organizzativo, dei livelli di assistenza effettivamente garantiti, dei farmaci considerati a carico del servizio sanitario regionale, della spesa pro-capite. È stata mantenuta formalmente l’autonomia delle aziende sanitarie che tuttavia hanno visto ridursi di anno in anno i margini di effettiva discrezionalità delle scelte. Sono stati mantenuti sul piano formale i poteri legislativo, amministrativo, organizzativo programmatico delle Regioni che, con il passare degli anni sono stati esercitati in ambiti sempre più ristretti e angusti di fronte ai continui provvedimenti di riduzione del finanziamento statale rispetto a quanto concordato nei diversi Patti per la Salute.*

*Per evitare che il calabrone si schianti al suolo è necessario che sia portata a termine al più presto la riforma del titolo V con una chiara distinzione tra poteri esclusivi dello stato (legislazione quadro, programmazione nazionale coerente con la politica economica e la finanza pubblica, indirizzi e linee guida, standard di riferimento, controllo sugli esiti), poteri delle Regioni (legislazione in tema di programmazione regionale, modelli assistenziali per pazienti acuti, cronici, lungo degenti, reti strutturali funzionali e professionali in grado di garantire la continuità dell’assistenza sanitaria integrata con l’assistenza socio sanitaria), autonomia reale delle aziende (possibilità di scegliere in modo discrezionale come erogare i servizi rispondendo dei risultati).*

*Chi pensa di sostenere il volo del calabrone tramite un “modello gerarchico” sul piano istituzionale (Stato, Regioni, Aziende sanitarie) o sul piano gestionale (direttore generale, direttore di dipartimento o di distretto, direttori di unità organizzative semplici o complesse, medici, infermieri, altri operatori) dimostra di non conoscere o di non voler riconoscere la complessità di un sistema di tutela della salute inserito in un ambiente di rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, dell’accesso dell’informazione (tramite rete), delle attese dei cittadini-pazienti. Il governo*

di sistemi complessi passa attraverso la capacità di definire principi, criteri, standard di riferimento, finanziamenti coerenti con gli obiettivi e l'attribuzione di autonomia dei livelli particolari (delle Regioni e delle Aziende sanitarie) chiamati a confrontarsi con la domanda reale di salute. I sistemi complessi richiedono di passare da una cultura di government (qualcuno decide, impone vincoli, eroga e/o minaccia sanzioni per chi non rispetta i vincoli anche se incoerenti) a una cultura di governance (di sistema tra Stato Regioni Aziende sanitarie, o organizzativa delle singole Aziende sanitarie) secondo cui qualcuno definisce gli obiettivi e le regole (istituzionali, finanziarie, organizzative) dando potere a chi opera sul campo di trovare le migliori soluzioni per raggiungere gli obiettivi e rispettare le regole (empowerment).

Indubbiamente l'Italia è un Paese caratterizzato da grandi differenze economiche, sociali, di cultura della salute e quindi non è possibile pensare di dare soluzioni ottimali (dal centro alla periferia), ma è necessario seguire la logica secondo cui dal centro si possono dare gli obiettivi, le regole, gli indicatori per il confronto, i controlli, mentre occorre dare alla periferia la possibilità di trovare soluzioni innovative e adatte alle condizioni locali.

Il cambiamento culturale è richiesto anche ai cittadini-pazienti, essi devono abbandonare la logica secondo cui si aspettano dal servizio sanitario nazionale risposte a tutti o alla maggior parte dei loro bisogni di salute. Questo non è mai stato vero che un SSN deve "garantire tutto a tutti" ed è stato ancor meno vero negli ultimi anni nei quali i cittadini si sono confrontati con un aumento dei ticket di vario tipo. Per evitare che ai cittadini venga sottratto surrettiziamente il diritto costituzionale di tutela della salute occorre che essi si abituino a ragionare in termini di:

- bisogni molto frequenti nella propria vita con costi unitari molto bassi rispetto ai propri redditi;
- bisogni poco frequenti con costi unitari rilevanti rispetto ai propri redditi;
- bisogni molto rari con costi molto elevati rispetto ai propri redditi;
- bisogni delle tre categorie precedenti che oggi sono conosciuti e bisogni che potranno emergere nel futuro a seguito del progresso scientifico e tecnologico.

Se non vogliono che il calabrone finisca per schiantarsi al suolo i cittadini devono pensare che è meglio avere un SSN che garantisca effettivamente i bisogni del secondo, terzo tipo presenti e futuri, mentre devono accettare che i bisogni del primo tipo e in parte del secondo tipo (sia presenti che futuri) possono essere soddisfatti con forme di finanziamento privato, meglio se tramite fondi e assicurazioni che non out of pocket.

In conclusione si può dire che oggi molti di coloro che parlano del servizio sanitario nazionale proponendo ulteriori interventi di contenimento della spesa possono essere qualificati più come "grilli parlanti" che suggeriscono principi e regole generali di economia e di politica economica e finanziaria senza conoscere le specificità dei bisogni di salute, dei comportamenti dei pazienti, del rapporto medico (infermieri, altri operatori sanitari e socio-sanitari) e paziente, della autonomia e responsabilità professionale. Continuano a pensare che una spesa sanitaria inferiore a quella di tutti i Paesi progrediti sia frutto di un popolo di "cicale" e non di un popolo di "formiche". Se si considerano i dati, ultimo in ordine di tempo quello della Social Security Administration americana secondo cui il 41% dei pazienti ha rinunciato a cure mediche o sta pagando rate per cure mediche ottenute, si potrebbe dire che il SSN è un "calabrone che vola" solo perché accanto a qualche centinaia, o al massimo poche migliaia di "lupi famelici" (chi propone cure inappropriate per trarne guadagni, chi è coinvolto in fatti di corruzione, i fannulloni) vi sono centinaia di migliaia di "formiche operose" dedite al proprio al dovere che, con una spesa limitata riesce a garantire livelli di salute superiori a tanti altri Paesi.