

INTRODUZIONE

La sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida globale per un mix di diversi fattori: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti. Tuttavia, il concetto di sostenibilità non può essere ricondotto a una questione squisitamente finanziaria, perché un'augmentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere cinque criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati¹:

- l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, non giustificata dalla eterogeneità clinica né dalle preferenze dei pazienti;
- gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, in particolare *overdiagnosis* e *overtreatment*;
- le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato *value*;
- l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, specialmente quella non medicalizzata;
- gli sprechi, che si annidano a tutti i livelli.

Peraltro, se è certo che in Italia siamo di fronte a un definanziamento pubblico senza precedenti, in tutti i paesi industrializzati non esistono evidenze che dimostrano una relazione diretta tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni², un concetto già espresso nel 1980 da Avedis Donabedian³. Infatti, all'aumentare delle risorse introdotte in un sistema sanitario i benefici crescono rapidamente nella fase iniziale, per poi appiattirsi gradualmente; considerato che, invece, i rischi aumentano in maniera lineare, esiste un trade-off oltre il quale ulteriori risorse aggiuntive possono peggiorare gli outcome di salute della popolazione.

La sfida per i moderni sistemi sanitari consiste dunque nell'identificare il trade-off ideale tra risorse investite e esiti di salute nelle differenti aree clinico-assistenziali, garantendo il massimo ritorno di salute rispetto alle risorse investite secondo l'attuale concetto di *value*¹.

In Italia, l'esordio del termine "sostenibilità" riferito alla sanità pubblica risale al 27 novembre 2012, quando l'allora premier Mario Monti dichiarò pubblicamente che «La sostenibilità futura del SSN potrebbe non essere garantita». Tuttavia, anche se giunta sotto le luci della ribalta solo con la crisi economica, la sostenibilità del SSN da oltre un ventennio viene silenziosamente erosa da vari fattori: le mutate condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni farmacologiche e tecnologiche, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, le costanti ingerenze della politica partitica, l'incapacità a garantire un costante aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, le aziende sanitarie in continua competizione gestite anche con strumenti dell'industria manifatturiera, la scarsa integrazione interprofessionale, l'evoluzione del rapporto paziente-medico, l'involuzione del cittadino in consumatore di prestazioni sanitarie, l'aumento del contenzioso medico-legale, i conflitti di interesse.

A fronte del progressivo indebolirsi della sostenibilità del SSN, le decisioni rilevanti per la sanità sono state tenute ben salde nelle mani di Governo (privilegiando gli input del Ministero dell'Economia e

¹ Muir Gray JA. How To Get Better Value Healthcare, 2nd ed. Oxford: Oxford Press LTD, 2011.

² Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:27-34.

³ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

Finanze rispetto a quelli del Ministero della Salute) e Regioni. Scarsa considerazione è stata invece rivolta al Parlamento che intanto affrontava il tema della sostenibilità con due indagini, una condotta dalle Commissioni Bilancio, Tesoro e Programmazione e Affari Sociali della Camera⁴ ed una dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato⁵.

In questi anni, gli interventi legislativi sono stati occasionali, dettati dalla contingenza, dall'urgenza e non certo da una programmazione coerente con le problematiche che oggi affliggono i sistemi sanitari di tutto il mondo. Lo stesso Patto per la Salute 2014-2016, che conteneva numerose misure rilevanti per la riorganizzazione del SSN e la riqualificazione della spesa sanitaria, è rimasto in gran parte inattuato per varie ragioni: anzitutto, il riaccendersi del conflitto istituzionale Stato-Regioni dopo il varo della Legge di Stabilità 2015; in secondo luogo, molte delle azioni previste dal Patto sono fortemente condizionate dal consenso tra i vari stakeholder e dalla disponibilità di infrastrutture organizzative e informatiche; infine, le risorse assegnate (poi ulteriormente decurtate di € 6,79 miliardi) erano già insufficienti per attuare tutte le misure previste.

La mancata attuazione delle misure contenute nel Patto ha inasprito il clima di grande incertezza, aumentando il disagio di pazienti, professionisti e organizzazioni sanitarie che rimangono in attesa di risposte concrete da numerosi provvedimenti rimasti al palo: riordino di ticket ed esenzioni, attuazione degli standard ospedalieri, riorganizzazione delle cure primarie, nuove competenze delle professioni sanitarie. Nonostante il continuo riferimento a un sistema sanitario "tra i migliori del mondo", la realtà della sanità pubblica italiana è dunque ormai ben diversa e, oggi come non mai, necessita di un riallineamento degli obiettivi politici, economici e sociali di Governo, Parlamento e Regioni, che ponga la salvaguardia del SSN come obiettivo prioritario del Paese.

Peraltro, dopo quasi 5 anni dal monito di Mario Monti, le decisioni di politica sanitaria continuano ad affrontare il tema della sostenibilità guardando a un orizzonte troppo limitato, con l'attenzione perennemente concentrata sulle difficoltà di accesso alle innovazioni, soprattutto quelle farmacologiche, e sulla lunghezza delle liste d'attesa, in larga parte congestionate da richieste inappropriate, trascurando sistematicamente i reali bisogni di salute della popolazione, in particolare quelli delle fasce socio-economico più deboli, quasi sempre inespressi.

Peraltro, la pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, atteso da oltre 15 anni, arriva in un momento di imponente definanziamento pubblico, con il rischio di trasformare uno straordinario traguardo politico in una grande illusione collettiva, con prevedibili effetti collaterali quali l'allungamento delle liste d'attesa e lo spostamento verso il privato e l'aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure.

Se è vero che l'attuale deriva del SSN non consegue a un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione, ma all'assenza di una programmazione sanitaria in grado di garantire realmente la sostenibilità della sanità pubblica, il 2° Rapporto GIMBE, mantenendo la prospettiva del precedente, esce dall'ottica della sostenibilità a breve termine (inevitabilmente condizionata dalle scadenze dei mandati politici), sottolineando come la (ri)programmazione sanitaria debba essere guidata da una strategia politica ed economica attivamente finalizzata a salvare il SSN. In particolare, ispirandosi al

⁴ Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. Camera dei Deputati – V Commissione (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII Commissione (Affari sociali), 4 giugno 2014. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2014/06/04/leg.17.bol0246.data20140604.com0512.pdf>. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

⁵ Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Senato della Repubblica – 12ª Commissione Igiene e Sanità, 10 giugno 2015. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/926349.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

principio dei “cunei di stabilizzazione” di Pacala e Sokolow⁶, l'imponente definanziamento pubblico deve essere compensato sia dal recupero di risorse da sprechi e inefficienze, sia dalla rimodulazione dei nuovi LEA sotto il segno del *value*, sia mettendo in atto un riordino della sanità integrativa, visto che l'attuale *deregulation* favorita da una legislazione frammentata e obsoleta sta contribuendo a sgretolare le basi stesse del servizio sanitario pubblico.

Tutto ciò, ovviamente, richiede “innovazioni di rottura”, nuove modalità di allocazione delle risorse, nuove modalità organizzative, nuove competenze professionali al fine di riorientare la programmazione sanitaria, riallineando al tempo stesso ambizioni e prospettive di tutti gli stakeholder. Ma se il fine ultimo è garantire alle future generazioni il modello di sanità pubblica, la sfida vale la pena di essere affrontata.

⁶ Pacala S, Sokolow R. Stabilization wedges: solving the climate problem for the next 50 years with current technologies. *Science* 2004;305:968-72.