



La salute è un diritto, non una merce

Solo un Sistema Sanitario Nazionale universalistico può garantire
il diritto alla salute delle italiane e degli italiani,
ad oggi in larga parte negato

Non esiste uguaglianza possibile senza pari opportunità di accesso alle cure, alle occasioni di benessere e di buona qualità di vita, se non si riduce il numero di persone svantaggiate o costrette a impoverirsi per cercare la salute.

Non può non colpire il dato relativo alle persone che in un anno hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche: sono 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016, secondo l'ultimo rapporto del Censis.

Solo un Sistema Sanitario Nazionale universalistico può garantire il diritto alla salute delle italiane e degli italiani, ad oggi in larga parte negato: secondo gli ultimi dati Eurostat, il 6,2% degli italiani

lamenta il mancato accesso alle cure per motivi economici, a fronte di una media europea del 2,4%.

Tra i grandi paesi europei, solo la Spagna ha una spesa sanitaria inferiore alla nostra, e al contempo siamo tra quelli che più spendono di tasca loro, in questo campo.

Da troppo tempo il diritto alla salute, come e più di altri diritti, è stato subordinato a un principio di sostenibilità economica miope e di corto respiro. Non si ha rigore se nella ricerca della maggiore efficienza si penalizza l'efficacia, se non si sostiene il welfare con una fiscalità progressiva, se non si comprende il valore di una visione di lungo termine, che deve portare prima di tutto a un ripensamento complessivo



dell'allocazione delle risorse, non solo in campo strettamente sanitario.

Avere una visione di lungo termine vuol dire, infatti, investire nella prevenzione, e non solo. Vuol dire pensare oggi ai bisogni della nostra popolazione, per garantire la salute nell'interesse del cittadino e della comunità (come dice l'articolo 32 della Costituzione), e per non scaricare sulle spalle delle generazioni future il costo di una popolazione sempre più anziana e affetta da cronicità. Vuol dire considerare che il contributo della sanità alla salute è (paradossalmente) residuale rispetto a quello dei determinanti sociali: casa, lavoro, reddito, istruzione e cultura, ambiente. Intervenire su questi fattori non contribuisce solo alla tenuta e al miglioramento del benessere della società, ma è fare prevenzione, è fare salute. Non ultimo, non si può parlare di uguaglianza e di salute senza parlare di alfabetizzazione sanitaria: il pessimo dibattito sui vaccini che ha occupato le cronache di questi mesi lo ha provato plasticamente.

L'unico dato utile che possiamo trarre dall'ennesima pagina dello specchio riflesso tra Pd e M5s è quello che in questo Paese c'è un enorme bisogno di uscire dallo scontro tra tifoserie e tornare a parlare e a informare le persone. Un intervento per ripristinare un'adeguata copertura vaccinale era necessario, nell'interesse della comunità,

ma le modalità e il contesto in cui è stato portato avanti hanno svelato la debolezza e la fragilità del sistema, che non ha saputo accogliere e rispondere ai dubbi e alle paure di una cittadinanza sempre più sola e senza punti di riferimento, ma si è visto costretto a ricorrere all'autorità. Mentre anche le decisioni in campo sanitario, pur rispettando le evidenze scientifiche, devono essere partecipate dai cittadini (e quando interessate, dalle comunità locali), anche questo nel rispetto del dettato costituzionale. Salute è democrazia, e viceversa. Ancora una volta, però, non può esserci una piena attuazione di questo principio senza una cittadinanza realmente informata. E ancora una volta questo richiede un approccio alla salute, e in più in generale alla politica, che sia globale e di ampie vedute.

Un approccio che non può quindi prescindere da una revisione del nostro attuale modello. Molto è ancora il lavoro da fare per superare il paradigma dell'intervento specialistico a favore di un sistema davvero orientato alle cure primarie e alla presa in carico globale del cittadino da parte della rete dei servizi.

È necessario quindi superare la rigidità di un'offerta organizzata per comparti strutturali rigidi, ma solo sistemi organizzati e funzionanti in rete possono raggiungere questo obiettivo.



Conseguenza di queste premesse di contesto è che il nodo centrale oggi, strettamente legato al tema fondamentale della prevenzione, è il rapporto ospedale/territorio; solo il potenziamento del territorio può elevare l'efficienza dell'ospedale. Viceversa, il nostro SSN non cessa di essere ospedalocentrico, salvo poi preoccuparsi dei costi eccessivi. Spostare il baricentro sul territorio richiede di convincersi e convincere che, contrariamente ad ingannevoli apparenze, *"less is more"*. Ovvero, con "meno ospedale e più territorio" si può davvero ottenere di più con meno.

Cosa cambia

L'ospedale è luogo di cura per le situazioni acute non altrimenti risolvibili. L'evento-ricovero esprime un intervallo temporale generalmente breve, ben definito nel tempo e riguarda una minoranza della popolazione, mentre gli aspetti concernenti la salute riguardano tutta la durata della vita e la totalità delle persone: quelle sane, quelle ammalate, quelle a rischio di ammalarsi.

Tutto ciò che "non è ricovero", nelle concezioni più moderne di organizzazione sanitaria, dovrebbe essere governato dai

servizi territoriali. Questi devono necessariamente confrontarsi e integrarsi con i servizi sociali dei comuni, visto quanto detto sopra sui determinanti di salute.

La necessità di operare per percorsi di lunga durata, centrati sulla persona (personalizzati), con l'impegno coordinato di un team multiprofessionale anche non gerarchicamente appartenente ad un'unica organizzazione, richiede l'individuazione di un organismo che espliciti tale funzione.

Il naturale interprete di tale ruolo ed il garante dell'equità e dell'universalità dell'offerta non può che essere il Distretto.

Ad esso va assegnato il compito di programmare ed effettuare gli interventi, valutare i risultati e renderne conto con trasparenza ai portatori di interesse. Esso deve costituire il punto di riferimento del Sistema nel suo complesso e deve essere pertanto dotato di ampia autonomia organizzativa. Per garantire un Sistema Sanitario Pubblico ed Universalistico è necessario rilanciare il Distretto. Il vero potenziamento del territorio consiste in un investimento per il cambiamento verso un Sistema meno costoso, più efficace e sicuro, iniziando a superare l'accezione



vaga e di significato meramente geografico di “territorio”, e convergendo nel Sistema dei Servizi di Cura e Assistenza Primaria lo sforzo di cambiamento dell’organizzazione dei servizi sanitari pubblici. Tale potenziamento non può essere considerato, come è avvenuto fino ad ora, un passaggio secondario e conseguente al ridimensionamento delle strutture più costose e ridondanti del Sistema Sanitario Pubblico (gli ospedali). L’incremento di mezzi e di competenze dei Servizi del distretto rappresenta una condizione ineludibile anche per il miglioramento dell’offerta ospedaliera e specialistica in generale, favorendo la concentrazione e la valorizzazione delle eccellenze e la razionalizzazione dello sforzo migliorativo costante sul piano tecnologico e professionale. Un vero potenziamento dei Servizi Distrettuali di Cure e Assistenza Primaria non può avvenire dopo, ma deve essere realizzato prima di tutto. Significa fare sì che tutti i Distretti del territorio nazionale siano dotati delle risorse, delle competenze in grado di garantire le attività essenziali per la tutela della salute di tutti cittadini a prescindere del luogo di residenza, dello strato sociale di appartenenza, dell’età, del livello di istruzione, del guadagno. Significa pretendere che tutte le Aziende Sanitarie dispongano di Livelli Essenziali di capacità di Assistenza e di dotazione di Risorse (LEAR).

I sistemi organizzati e funzionanti in rete si basano su un efficiente sistema informativo e di comunicazione. In questo ambito il nostro Paese è fortemente arretrato rispetto alla media europea, con una spesa eHealth pari all’1,2% a fronte di una media UE tra il 2 e il 3%.

Portare l’Italia entro il 2020 almeno al limite più basso (dal’1,2 al 2%) della media europea costerebbe circa 2 miliardi di euro, in tutto. Ma i benefici in termini non solo di qualità del servizio e in efficienza (e quindi in riduzione dei costi) sarebbero di gran lunga superiori al modesto aumento di spesa, se si considera che, secondo le stime del Politecnico di Milano, il risparmio derivante dai processi di digitalizzazione delle strutture sanitarie potrebbe ammontare a 3,8 miliardi di euro.

La messa in rete di un sistema finalmente orientato alle cure primarie porterebbe sicuramente benefici anche in termini di appropriatezza delle prescrizioni (e quindi della spesa farmaceutica). Un dato tra tutti, per dare un’idea delle proporzioni di cui parliamo:



secondo il rapporto Aifa del 2015 circa il 30% delle prescrizioni di farmaci antibiotici nel nostro Paese sono inappropriate. Stiamo parlando di circa 300 milioni di euro, quasi quello che spendiamo ogni anno in vaccini (a proposito di prevenzione).

E restando in tema di farmaci, non è finalmente giunto il momento di affrontare a livello europeo la questione del costo dei farmaci? Anche questa è una di quelle questioni planetarie che andrebbero discusse per lo meno a livello continentale. Come in altri settori, ogni Paese Ue ha un suo sistema di valutazione dei prezzi dei farmaci, e una sua contrattazione con le grandi multinazionali del settore, spesso poco trasparente e in competizione con quella degli altri paesi. Questo converrebbe soprattutto all'Italia, che spende per questa voce il 17% del proprio budget sanitario il 2% in più della Francia, il 3% della Germania, il 5% in più rispetto al Regno Unito.

Affidiamo quindi questo compito all'European Medicines Agency, in raccordo con le varie agenzie nazionali.

Un ultimo spunto, in termini di appropriatezza, di visione di lungo termine, di rispetto del dettato costituzionale e quindi del diritto alla salute dei cittadini: il cosiddetto "superticket".

Si tratta di una delle misure più odiate dai cittadini italiani, che dimostra tutti i limiti e le carenze del nostro servizio sanitario, o meglio dei nostri servizi.

Nasce come provvedimento *straordinario* per coprire parte dei costi della sanità pubblica, con un entrata prevista di 380 milioni di euro l'anno circa, una cifra di per sé già ben poco significativa. Le diverse regioni lo hanno poi applicato ognuna da par suo (alcune eliminandolo in toto, altre parametrandolo sulla base reddito, altre applicandolo draconianamente a tutti in egual misura), creando per l'ennesima volta 20 diverse sanità e venti diversi diritti alla salute su base regionale. Il tutto, per altro, senza alcuna efficacia dimostrata sul piano finanziario, avendo reso in molti casi la sanità privata competitiva persino sul piano economico, costringendo quindi molti cittadini a rivolgersi a essa, perdendo quindi anche il magro bottino del superticket.

Quei 380 milioni, per un caso 'fortuito', sono esattamente la cifra a cui lo Stato rinuncia ogni anno per le defiscalizzazioni previste nel Jobs Act per il welfare integrativo aziendale. La domanda, si sarebbe detto un tempo, sorge



spontanea: per quale motivo lo Stato dovrebbe favorire una sanità integrativa e privata a favore di una pubblica?

difendere il sistema pubblico e con esso il diritto alla salute di tutte e di tutti.

Per quale motivo dovremmo finanziare un welfare aziendale, un vero ritorno al mutualismo del passato, invece di investire quei soldi nei servizi pubblici per tutti, soprattutto per quelli che non possono permettersi una alternativa?

Intervenire su questi fattori non contribuisce solo alla tenuta e al miglioramento del benessere della società, ma è fare prevenzione, è fare salute. E come dice Ivan Cavicchi, fare prevenzione è fare ricchezza, derivante non dalla compatibilità tra spesa sanitaria e Pil, ma dalla compossibilità tra salute prodotta quale ricchezza e ricchezza economica comunemente intesa (il Pil). Per ottenere questa compossibilità è necessario introdurre un'altra idea di sostenibilità, che è reale solo con la diminuzione della malattia:

solo la prevenzione può rendere sostenibile il Sistema Sanitario Nazionale pubblico e universalistico.

Quindi fare prevenzione è fare salute, è fare ricchezza, ed è