



Walter Ricciardi

Presidente Istituto Superiore di Sanità

La tempesta che possiamo evitare, le sfide che dobbiamo vincere

L'Italia è uno fra i Paesi al mondo in cui si vive più a lungo.

Le classifiche compilate dalle agenzie internazionali non sono sempre concordi nell'assegnare la posizione d'ordine dell'Italia, ma la conclusione è robusta.

I dati più recenti, diffusi nel 2014 dal *Global Health Observatory* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, collocano l'Italia al quarto posto, alle spalle di Giappone, Svizzera e Australia, in una lista che conta oltre duecento Paesi.

E anche se quest'anno abbiamo avuto un lieve decremento, l'ISTAT stima che i bambini che nasceranno nel 2016 in Italia potranno attendersi di vivere – in media – 82 anni, con un vantaggio di oltre 5 anni se a nascere sarà una femmina (la speranza di vita stimata per le donne è 84,8 anni, contro i 79,3 anni degli uomini). Questa conquista, la longevità, è probabilmente la più eloquente fra quelle conseguite nella storia del Paese.

Volendo riassumere cosa abbia determinato il processo evolutivo dello stato di salute fino ad oggi, il ragionamento che ci pare di poter condividere con il lettore è il seguente.

Vista con gli occhi di oggi, la salute degli italiani, dall'Ottocento, è migliorata in virtù di una ricetta relativamente semplice: una volta compresa l'importanza dell'igiene, personale e pubblica, dell'adozione di misure di prevenzione e di interventi basilari e tutto sommato poco onerosi, la transizione epidemiologica è stata avviata. Si è così messo in moto il processo che ha trasformato "le cere pallide" degli italiani; è stato necessario oltre un secolo affinché ciò si compisse, ma alla fine l'Italia ce l'ha fatta.

Nel corso del Novecento i progressi maggiori sono stati raggiunti grazie ai miglioramenti della tecnologia medica e della scienza farmacologica, ma anche grazie all'azione del sistema sanitario e alla diffusione, sia pure non ottimale, della salute dal centro verso la periferia.

Il secondo dopoguerra demarca l'inizio di una fase in cui si osserva un'accelerazione.

Non si tratta di un cinquantennio omogeneo, tuttavia, e la nascita nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta uno spartiacque decisivo, tanto sul piano della riforma dell'assetto istituzionale quanto su quello dei risultati conseguiti dagli indicatori sanitari. È solo da questa data che il dettato costituzionale dell'universalità del diritto alla salute diviene operativo.

Alla fine di questo lungo viaggio il termine che da solo forse meglio descrive il nuovo ambiente è "complessità". La sanità pubblica moderna, da cui dipende la tutela della salute dei cittadini, è un sistema complesso.

Non solo dal punto di vista delle competenze mediche e farmacologiche e della tecnologia, ma anche dal punto di vista organizzativo: la complessità riguarda il disegno dell'intera organizzazione sanitaria nazionale.

Le malattie del benessere richiedono interventi articolati, dalla prevenzione primaria alla programmazione degli screening, dall'implementazione e diffusione tempestiva di terapie efficaci ad investimenti in risorse e capitale umano adeguati. Un quadro complesso che pone, spesso, quesiti – cui non è facile dare risposta – circa la sostenibilità di specifici interventi, come quello della non autosufficienza, oppure quello del costo sbalorditivo di alcune terapie *ad personam*.

La domanda che si pone in materia di sanità pubblica è se il Paese si stia attrezzando per trovare le risposte ai bisogni di salute della popolazione in una situazione la cui complessità appare crescente. Per mantenere i progressi del passato – straordinari e per certi versi inattesi – l'Italia dovrà necessariamente guardare avanti cercando di comprendere a fondo il carattere inedito della complessità della sanità pubblica moderna e le sfide che ad essa si pongono.

Negli ultimi 20 anni, a livello mondiale, abbiamo assistito a due fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni), e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse su scala globale, raffigurandosi in alcuni Paesi e per alcune patologie (ad es. il diabete) come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure. Naturalmente, l'aumento dell'aspettativa di vita comporta un aumento della popolazione anziana. Negli ultimi 60 anni in Italia il numero di residenti di età pari o superiore ai 65 anni è aumentato di oltre 30 volte.

Nel 2016 sono presenti in Italia oltre 13 milioni di over 65 e le previsioni demografiche dell'ISTAT ci dicono che nel 2030 saranno più di 16 milioni.

Inoltre, a tale aumento della popolazione anziana non è corrisposto un pari aumento della popolazione giovane, avendo sofferto negli anni una progressiva riduzione delle nascite, che ha interessato in modo particolare le Regioni del Sud, un tempo ad alto tasso di natalità. Gli ultimi dati ISTAT stimano che nel 2016 ci saranno iscritti in anagrafe per nascita poco meno di 515.000 bambini, circa 64.000 in meno in cinque anni, ed inferiori di 12.000 unità al minimo storico delle nascite del 1995. Il bilancio sarebbe ancor più drammatico se non vi fossero le nascite dei nuovi immigrati.

In Italia, quindi, non solo gli anziani aumentano, ma aumenta pure il loro peso sulla società: oggi in Italia metà della popolazione ha un'età superiore a 44,5 anni, e quando questi quarantenni invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenerli.

Come si ripercuote questo invecchiamento della popolazione sulla salute degli italiani? Com'è noto, i soggetti

più anziani sono a maggior rischio di essere affetti da almeno una malattia cronica, come il diabete, le patologie cardiovascolari, i problemi osteoarticolari, le demenze e diversi tumori. Quindi, l'invecchiamento degli italiani avrà come effetto finale un aumento della proporzione di soggetti affetti da patologie croniche e da comorbidità. Infatti, negli ultimi 20 anni la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,1 al 37,9%, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 17,7 al 20%. 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. Tutto questo ha determinato anche un grosso aumento dei livelli di disabilità.

Oggi quindi, più che ieri, ci si ammala (e si muore) prevalentemente per patologie legate all'invecchiamento. Anche se la prevenzione ed i progressi di tipo diagnostico-terapeutico possono rallentare l'insorgenza o migliorare il decorso di molte malattie, la proporzione di soggetti affetti da tutte le più importanti patologie croniche è invariabilmente in aumento. Negli ultimi 20 anni abbiamo visto aumentare i soggetti diabetici, i soggetti affetti da ipertensione arteriosa e malattie del cuore, i soggetti affetti da malattie respiratorie croniche ed i soggetti affetti da patologie osteoarticolari, in particolare osteoporosi. Inoltre, negli ultimi anni sono aumentati i pazienti a cui sia stata diagnosticata una malattia mentale (nevrosi, psicosi o depressione), complici forse anche la maggior sensibilità al tema e la crisi economica.

Come è ben noto, il benessere complessivo degli individui è determinato dall'armonia tra la salute fisica e quella mentale: è logico quindi aspettarsi che il peggioramento di entrambe le dimensioni di salute potrebbe portarci, in un futuro non troppo lontano, a dover affrontare una domanda di servizi sanitari senza precedenti da parte della popolazione.

D'altra parte, in Italia uno dei più seri problemi legati all'invecchiamento è il numero di soggetti affetti da demenza (sia essa demenza 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 affetti da demenza, e sicuramente tra i Paesi con tassi di prevalenza più elevati (basta pensare che la Cina, con una popolazione oltre 20 volte superiore, ha solo 5 volte più abitanti affetti da demenza).

Lo scenario presentato ci mostra per il futuro una situazione di crescenti bisogni da parte di una popolazione sempre più anziana e disabile. In assenza di una limitazione

all'incidenza delle patologie croniche, l'aumento assoluto della richiesta di assistenza sanitaria richiederebbe un inevitabile incremento della spesa al fine di garantire adeguati livelli di salute. Purtroppo, i segnali che possiamo vedere oggi ci indicano che questa è una situazione insostenibile dal punto di vista economico e finanziario!

Questa situazione di insostenibilità è vissuta da tutti i Paesi industrializzati e non è certo stata causata dalla crisi economica del 2007. Il sistema era insostenibile anche prima della crisi. La crisi ha solo reso più evidente il problema, amplificando il segnale. Tra il 2007 ed il 2009, il PIL reale pro-capite è diminuito di quasi il 2,5% l'anno nella zona OCSE nel suo complesso, con una lenta ripresa solo dal 2010, che ancora oggi non ne ha riportato il livello alla situazione pre-crisi. Tuttavia, tra i Paesi dell'OCSE, sia la tempistica, sia la portata dei cambiamenti economici sono stati molto differenti.

Tra gli Stati Membri dell'Unione Europea, l'Italia è stata sicuramente uno dei Paesi più colpiti dalla recessione, che si è presentata in due diversi momenti tra il 2007 ed il 2013. Nel 2008 e 2009, il PIL italiano è diminuito rispettivamente dell'1,2 e del 5,1%. Nei due anni successivi la ripresa è stata debole, con il PIL che ha registrato un incremento dell'1,7% nel 2010 e solo dello 0,4% nel 2011. Successivamente, nel 2012 si è avuto un riacutizzarsi della crisi, con un crollo del -2,4% del PIL, seguito da un'ulteriore diminuzione dell'1,8% nel 2013. A fine 2015 l'Italia risulta essere l'unico tra i Paesi più industrializzati a non aver ancora recuperato il livello di PIL del 2001.

Inoltre, a livello dei Paesi OCSE più avanzati, l'Italia si è dimostrata essere uno dei Paesi con il sistema di aiuti ai redditi meno efficace in assoluto. Infatti, si nota chiaramente come l'Italia e la Spagna siano gli unici due Paesi dove, nel periodo della crisi (2007-2013), alla riduzione del PIL si sia legata una pressoché equivalente riduzione del reddito disponibile delle famiglie. Al contrario, in Paesi come UK, Finlandia e Danimarca, la recessione del PIL è stata accompagnata da un aumento del reddito disponibile, segno di un sistema di ammortizzatori sociali meglio funzionante.

In effetti, in Italia, la crisi ha aumentato anche la povertà assoluta: tra il 2011 ed il 2012 si è registrato un vero e proprio balzo nel numero delle famiglie e degli individui in condizione di povertà, che è salito del 33% e del 41%, rispettivamente, con un ulteriore peggioramento nel 2013. Molti studi hanno dimostrato che il livello di salute di una popolazione è fortemente correlato con la sua condizione economica, pertanto se la fase di crisi che stiamo attraversando si prolungherà nel tempo (e purtroppo, ci sono importanti elementi per ritenere che la fase di crisi non sia congiunturale, ma abbia forti componenti strutturali, in particolare in Italia), ci si dovrà attendere un peggioramento generale delle condizioni di salute nel nostro Paese.

In tempi di crisi, uno dei settori pesantemente colpiti dalle misure restrittive, oltre l'istruzione e la spesa sociale, è proprio quello della sanità.

Infatti, dal 2008, a seguito della crisi economica, ben 37 Paesi (di cui 25 "sviluppati") hanno avviato, anche se con approcci molto diversi, una serie di riforme sanitarie (Mladovsky et al., 2012). Alcuni Sistemi Sanitari erano sicuramente meglio preparati di altri a intervenire, poiché avevano già avviato una serie di importanti misure prima della crisi, atte ad accumulare riserve finanziarie. Ci sono poi stati casi in cui politiche programmate prima del 2008 sono state attuate con maggiore intensità o velocità, in quanto diventate più urgenti o politicamente fattibili di fronte alla crisi. Ci sono stati anche casi in cui, in risposta alla crisi, le riforme pianificate sono state rallentate o abbandonate. Indipendentemente dalle modalità con le quali i Paesi sono intervenuti a riformare i Sistemi Sanitari, l'effetto comune a tutti è ben visibile con un rilevante calo della spesa sanitaria a partire dal 2010.

Tutti i settori della sanità sono stati colpiti dai tagli. La spesa farmaceutica è stata l'obiettivo primario, con una spesa in lieve calo nel 2010, seguita da tagli profondi nel 2011 e nel 2012. Molti Paesi hanno aumentato la compartecipazione dei costi per i prodotti farmaceutici, hanno imposto riduzioni nei prezzi e nelle coperture, e hanno promosso l'uso di farmaci generici. In più dei tre quarti dei Paesi OCSE la spesa per la prevenzione e per la salute pubblica è stata tagliata, anche se questi interventi, in genere, rappresentano solo una piccola parte del budget complessivo. Inoltre, in molti Paesi si è tentato di contenere la crescita della spesa ospedaliera – la più importante voce di spesa – tagliando i salari, riducendo il personale ospedaliero ed i posti letto, ed aumentando la compartecipazione per i pazienti.

Nel 2011, in Italia la spesa sanitaria rappresentava il 9,2% del PIL, una percentuale leggermente inferiore alla media dei Paesi dell'OCSE (9,3%), ma decisamente più bassa rispetto a quella di altri Paesi europei come i Paesi Bassi (11,9%), la Francia (11,6%) e la Germania (11,3%).

Le dinamiche osservate dal 2011 fino a questi primi mesi del 2016 sul fronte del finanziamento pubblico alla sanità ci lasciano immaginare che grandi risorse aggiuntive in questo settore non ce ne saranno, sempre che non riparta in modo concreto la crescita economica, cosa che al momento rimane una grossa incognita.

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.

In una società, la catena della responsabilità funziona qua-

lora 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 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.

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 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.

Ogni tempesta è sempre preceduta da segnali 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 insoddisfazione 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.

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.

È quello che si può e si deve evitare e sono convinto che ce la possiamo fare, a patto di non esitare ulteriormente e di darsi subito da fare, tutti insieme.