**Le “5 W” per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale
alla luce dell’attuale quadro economico**

*Con il contributo di:*

* ***Matteo Stocco****, Direttore Generale ASST Monza*
* ***Walter Ricciardi****, Presidente Istituto Superiore di Sanità*
* ***Cristina Messa****, Magnifico Rettore Università di Milano Bicocca*
* ***Francesco Longo****, Docente di Economia delle Aziende Sanitarie, Università Luigi Bocconi, Milano*
* ***Eugenio Pessina****, Docente di Public Management, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*
* ***Sergio Harari****, Direttore dell’Unità di Pneumologia dell’Ospedale San Giuseppe di Milano*
1. **Why – Perché il cambiamento è necessario (in quanto già avvenuto)**

L’evoluzione della medicina e delle politiche di salute pubblica, un’alimentazione migliore e un’igiene più diffusa hanno contribuito a ridurre notevolmente la mortalità infantile. Inoltre l’aspettativa di vita di un uomo nato in Europa nel 2010 era di 76,7 anni, nel 2060 sarà di 84,6 anni; una donna nata in Europa nel 2010 poteva aspettarsi di vivere 82,5 anni, contro gli 89,1 anni di una bambina che nascerà nel 2060. All’opposto, il tasso di fertilità europeo, dal 2012 al 2060, è destinato a crescere assai poco: da 1,58 a 1,71 bambini per ogni donna[[1]](#footnote-1). Questa combinazione fra scarsa crescita del tasso di fertilità e aumento vertiginoso dell’aspettativa di vita fa sì che gli over-60, entro il 2050, dovrebbero raggiungere il 37% della popolazione residente in Europa[[2]](#footnote-2). La vera emergenza sanitaria non saranno più le grandi acuzie, ma le cosiddette “cronicità”. **Si tratta di una rivoluzione solo per chi si lascerà trovare impreparato: la transizione epidemiologica, infatti, non è che il frutto – inevitabile e persino augurabile – delle trasformazioni demografiche e del progresso della medicina, della farmacologia e della farmaceutica**. Già oggi, infatti, è comunemente riconosciuto che il diabete, gli eventi maggiori conseguenti alle malattie croniche cardiovascolari, le demenze che spesso accompagnano l’invecchiamento e le patologie respiratorie croniche sono responsabili della maggior parte della spesa sanitaria[[3]](#footnote-3), che pure tutti definiscono ormai insostenibile e “fuori controllo”.

È vero che quelle in atto sono trasformazioni inedite, ma al contempo sono contraddistinte da alcune caratteristiche comuni: **sono fenomeni già previsti e sono fenomeni prevenibili**. L’Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che circa l’80% del diabete e delle malattie cardiovascolari e respiratorie – nonché il 40% dei tumori – può essere prevenuto semplicemente con un adeguato cambiamento degli stili di vita[[4]](#footnote-4). **Abbiamo quindi bisogno di modificare il nostro approccio sanitario alla malattia, ma dobbiamo al contempo trasformare il nostro approccio culturale alla salute, *in primis* liberandoci dal “giovanilismo” che attualmente influenza le nostre percezioni e le nostre scelte in materia di sanità**. In particolare noi italiani siamo diventati il popolo più vecchio sulla Terra, ma continuiamo a disporre di un’organizzazione sanitaria incardinata sulla cura degli eventi acuti. **Abbiamo oggi il compito di riscoprire il significato della longevità dando il giusto valore al fatto di “vivere a lungo da anziani”**, evitando cioè la tentazione di voler vivere a tutti i costi come ventenni, giacché di anni – mediamente – ne abbiamo ormai 70. **Dobbiamo poi iniziare a immaginare la sanità non come un servizio che guarisce, ma come un supporto che ci aiuta a sostenere – convivendoci – una serie di problemi di salute che non possono essere completamente risolti**: tra questi la cronicità, appunto, ma anche la non autosufficienza caratteristica dell’età avanzata. Esiste non a caso **una nuova definizione della parola “salute”: non più l’attitudine a star bene *tout court*, ma piuttosto la capacità di adattarsi e di sostenere la propria condizione fisica, che a 70 anni non può essere quella di un ventenne**.

1. **Where – Dove la cura è sostenibile (perché più efficace)**

La cronicità non procede di pari passo con la vecchiaia: tradizionalmente definiamo “anziani” gli over-65, mentre risulta che dopo i 55 anni un italiano su due ha una patologia cronica. E poiché si vive mediamente fino a 80 anni, **non è pensabile che si trascorra una parte neanche infinitesimale di questi 5 lustri in un ospedale, o comunque in una struttura che afferisca al Servizio Sanitario Nazionale**. È esperienza comune, del resto, che **le persone longeve** – cioè chi sta bene a lungo, anche in età avanzata – **vivono a casa propria, circondate e *curate* anzitutto dai propri interessi e dai propri affetti**. Ciò implica che tutti noi dobbiamo imparare a convivere con alcune inevitabili malattie croniche, ma non con atteggiamento rassegnato: al contrario, è necessario che tutti apprendiamo come prevenire la maggior parte delle malattie, e poi come gestirne i sintomi e l’evoluzione una volta che la patologia sia insorta.

Questo assioma può aiutarci a ipotizzare **una nuova definizione di “empowerment del paziente”, incardinata sulle persone comuni e non sulle esigenze del Servizio sanitario**. Quest’ultimo, infatti, sarà più sostenibile **quando ogni individuo avrà compreso i propri diritti, le proprie responsabilità, ma anche la propria capacità – nonché l’opportunità – di impegnarsi in prima persona per rimanere in salute più a lungo possibile *a casa propria*, laddove si può gestire la propria salute nel modo più appropriato**. Fa parte di questa capacità anche quel minimo di conoscenze indispensabili per interpellare il SSN – ove necessario – in modo corretto e nel punto di contatto più adeguato. I sistemi sanitari sono infatti organizzazioni complesse, e non è immediato comprendere *dove* sia meglio rivolgersi per ottenere una determinata prestazione o almeno una risposta. Per questa stessa ragione, **il SSN dovrebbe riorganizzarsi rapidamente adottando un approccio “dal basso”, cioè scommettendo davvero sull’empowerment del paziente e ristrutturando la propria architettura in base alla logica secondo la quale un uomo comune, a partire da casa sua, si muoverebbe alla ricerca di un servizio di natura sanitaria**. Sembra che ci si stia muovendo in direzione opposta quando si riscontra che alla più efficace delle strategie sanitarie basate sulla centralità del paziente, e cioè la prevenzione, è destinato soltanto il 3% del budget della sanità [[5]](#footnote-5). Allo stesso modo, non si procede nella direzione della sostenibilità quando si mantengono in vita piccolissimi presidi ospedalieri, ad alto costo e a bassa intensità di cura. **Dobbiamo imparare che la sanità per acuti sarà sempre più concentrata in meno luoghi ad altissima intensità tecnologica. La sanità per i cronici e i non autosufficienti, invece, sarà capillare e decentrata – di prossimità – con un contributo sempre maggiore della tecnoassistenza**, che è l’insieme delle tecnologie e dell’organizzazione in grado di consentire alle persone di gestire a casa propria – collegandosi di tanto in tanto con un professionista della salute – la maggior parte delle condizioni tipiche della terza età.

1. **Who – Chi può partecipare alla riorganizzazione del sistema sanitario (e chi può essere curato)**

**Il paziente, anzitutto, e poi i decision maker politici – *in primis* lo Stato e le Regioni –, i fornitori di servizi, le assicurazioni private e i professionisti della salute**. Nessuno di questi attori può mancare per una riorganizzazione effettiva ed efficace del Servizio sanitario. Questa trasformazione, infatti, non può che consistere in **una nuova architettura del modello secondo cui i servizi vengono richiesti ed erogati**. Quindi un cambiamento radicale, che implica coinvolgimento e formazione per i cittadini, un impulso dall’alto – cioè una decisione politica netta e cogente –, più partecipazione da parte dei privati – sia assicurazioni sia fornitori di specifici servizi sanitari – e infine un nuovo approccio, anche di natura manageriale, da parte dei professionisti sanitari.

La domanda sul “chi” implica la necessità di un’ulteriore presa di coscienza: **i cittadini vanno resi consapevoli del fatto che la sanità – come la scuola, i trasporti o il servizio postale – non può che essere oggetto di una scelta politica**. L’ammontare di risorse che dedichiamo a ogni comparto, come le distribuiamo, la natura dei servizi: tutto è frutto di una scelta politica, che inevitabilmente favorisce qualcuno e sfavorisce qualcun altro. In un sistema di risorse scarse, qual è il mercato reale, curare più anziani cronici in ospedale può comportare l’incapacità o l’impossibilità di intervenire tempestivamente nel gestire un evento acuto in un giovane. Quindi la domanda su ‘*chi curare e dove*’ sottende una scelta politica, la quale a sua volta ci consiglia di **riportare al centro dell’interesse dell’opinione pubblica i grandi interrogativi di fondo sulla sanità e sul diritto alla salute**. Non è più possibile infatti – perché non è sostenibile – interpretare l’universalismo sanitario come il diritto di tutti a ricevere tutte le prestazioni possibili.

1. **What – Che cosa serve veramente (al di là dei singoli servizi)**

**Le risorse, umane e finanziarie, devono essere diversamente allocate: bisogna prenderne un po’ da quelle destinate al trattamento e dedicarle alla prevenzione e alla promozione della salute**. Ogni evidenza, infatti, conferma che nessun investimento sanitario offre ritorni paragonabili a quelli garantiti dalla prevenzione: sia in termini economico-finanziari sia dal punto di vista degli outcome di salute.

Il puro dato epidemiologico, poi, è in grado di fornirci indicazioni preziose sulla priorità di ciò che va fatto: in Italia ci sono 2,7 milioni di pazienti non autosufficienti e circa 25 milioni di persone con una patologia cronica. Quindi **il cuore della questione è come trattare la cronicità e come trattare la non autosufficienza, due problemi che insieme fanno il 70% della spesa**, e che rinviano al complesso delle indicazioni contenute nel presente documento. In sintesi: **a. Investire nella prevenzione e negli interventi precoci** – di diagnosi e di cura –; **b. Far crescere cittadini responsabili e in grado di gestire la propria salute** (secondo la definizione qui proposta) **in tutte le fasi della vita; c. Riorganizzare il modello di richiesta e di erogazione delle prestazioni; d. Sviluppare nuovi modelli di gestione integrata e decentrata delle cronicità; e. Sviluppare e implementare a livello nazionale un’efficace infrastruttura di Information Technology, che faciliti l’accesso del cittadino alla sanità e consenta al sistema di avvalersi in concreto della promessa dei big data, per anticipare e per comprendere più a fondo i nuovi bisogni sanitari.**

1. **When – Se non ora (quando?)**

In Italia non facciamo più figli: al momento registriamo 1,3 figli per donna, quando ne servirebbero 2,1 per mantenere costante l’età media della società. In due parole, stiamo invecchiando. Né si intravede alcun segnale di un’inversione di tendenza. Quindi la transizione epidemiologica che segna il nostro presente caratterizzerà anche il nostro futuro, almeno per i prossimi 20-30 anni.

Ecco perché **il momento giusto per la sanità è *prima possibile***: inaugurare prima possibile i processi di trasformazione del sistema; investire prima possibile in prevenzione; scommettere prima possibile su un’effettiva responsabilizzazione del paziente; ma anche diagnosticare prima possibile le malattie e iniziare a curarle prima possibile. Idealmente, poi, comprendere e contrastare prima possibile i trend epidemiologi di domani: oggi, ad esempio, iniziare ad affrontare il problema dei virus e dei batteri farmaco resistenti.

1. **European Commission.** The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. [↑](#footnote-ref-1)
2. **United Nations.** World Population Ageing: 1950-2050. Magnitude and speed of population ageing. 2013 [↑](#footnote-ref-2)
3. **World Health Organisation.** Global status report on non-communicable diseases 2010. Reducing risks and preventing disease: population-wide intervention. 2011 [↑](#footnote-ref-3)
4. **World Health Organisation.** Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005 [↑](#footnote-ref-4)
5. **OECD.** Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing. 2012. [↑](#footnote-ref-5)