

Opinione

Riforma sanitaria Ter: qualche preoccupazione

Enrico Planca, Antonio Grieco*

*Divisione di Cardiologia, Ospedale Predabissi, Melegnano (MI), *Divisione di Cardiologia, Ospedale S. Corona, Garbagnate Milanese (MI)*

Key words:
National Health System;
Guidelines.

The new Italian health care reform (law 229/99) introduces relevant structural changes promoting a central role of the state government. We describe the reasons for concern caused by this administration strategy, owing also to the recent need for reforming the old state-centered health care service with new management models introduced by law 502/92. We emphasize the importance of a distinction between the role of physicians and their professional organizations on one side and the role of the administrative institutions on the other, in order to develop a health care system which operates correctly. We discuss the role of guidelines and scientific societies.

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (7): 926-930)

Ricevuto il 21 marzo
2000; accettato il 31
marzo 2000.

Per la corrispondenza:

Dr. Enrico Planca

Unità Operativa
di Cardiologia
Ospedale di Desio
Via Mazzini, 1
20033 Desio (MI)
E-mail: plancae@tin.it

Le riflessioni a proposito della comunità cardiologica e la riforma sanitaria espresse da Schweiger su questo giornale¹ stimolano utilmente alcune ulteriori considerazioni. Purtroppo il percorso istituzionale prescelto dal Governo, una legge-delega, ha impedito un effettivo dibattito parlamentare (il Parlamento non ha mai potuto discutere i contenuti ultimi della nuova legge sanitaria) e quindi un aperto confronto tra le componenti sociali, ma, come insegnano antiche tradizioni televisive forse ignote ai più giovani, “non è mai troppo tardi”!

Al fine quindi di approfondire l’analisi delle attuali circostanze istituzionali, proponiamo queste considerazioni che esprimiamo in quanto professionisti e, in secondo luogo, in quanto aderenti all’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO).

Un punto di partenza: il recente passato con la 833/78

Forse nessun settore dello stato come la sanità ha così ripetutamente richiesto di essere riformato: ciò testimonia la complessità del problema salute che tende a implicare la totalità dei fattori costitutivi della vita umana e sociale, dai livelli etici fino a questioni di economia e di visione politica, nel senso forte di concezione del rapporto dello stato con i cittadini. A partire da questa considerazione viene innanzitutto spontaneo diffidare da soluzioni “risolutive” e

da riforme concepite come palingenesi etico-culturali, cui sembra poter ascrivere anche il “patto di solidarietà per la salute” a cui si intitola il Piano Sanitario Nazionale² e da cui Schweiger ci riconosce ben lontani (forse per costruire un patto di solidarietà sociale sarebbe stato utile all’origine del nuovo provvedimento legislativo un dibattito ed un coinvolgimento tra le diverse parti in gioco e non uno strumento di fatto impositivo come una legge-delega).

Sembra quindi più opportuno e più prudente prendere oggi le mosse da una realistica considerazione del presente su cui inserire i correttivi necessari, non siamo infatti all’anno zero della sanità italiana. Qual è dunque la realtà su cui si inserisce questa nuova riforma sanitaria? Non si può non partire dal fatto che la legge 229/99³ interviene come (troppo?) precoce correttivo di un’altra legge di riforma, la 502/92, che fu reclamata da alcune non più tollerabili disfunzioni del Servizio Sanitario Nazionale prodotto dalla legge 833/78. Una spesa fuori controllo, livelli di prestazioni qualitativi e quantitativi disomogenei e spesso inaccettabili, mancanza di libertà di scelta del cittadino, immobilismo istituzionale, invadenza di particolarismi e di interessi partitici, livelli di inefficienza paurosi e quindi altrettanto paurosi sprechi di denaro pubblico, sostanziale ignoranza di quanto avveniva negli istituti sanitari, deresponsabilizzazione/irresponsabilità degli operatori lasciati in una inconsapevolezza, ad esempio, dei costi del loro esistere ed ope-

rare: questi sono alcuni aspetti dell'esperienza che ci trovavamo sulle spalle in anni non lontani. Non senza – va detto – la permanente gratificazione di un lavoro che, pur tra mille lacci e laccioli, comunque riusciva a rispondere al bisogno se non altro di alcuni.

La 502/92: un possibile inizio di cambiamento

Che fare per sbloccare il sistema partorito dalla 833/78 e sostanzialmente fallito (e forse, purtroppo, senza un'adeguata diagnosi delle cause di tale fallimento)? Sembra a noi che la risposta al dissesto esistente dovesse comportare: a) un nesso rafforzato fra gli istituti sanitari e la realtà (rapporto con il bisogno, rapporto con la realtà locale, efficienza del sistema organizzativo); b) un nesso rafforzato fra la professionalità degli operatori e la loro posizione istituzionale ed economica; c) la corresponsabilizzazione degli operatori e di loro rappresentanze intermedie nella gestione e progettazione dei servizi; d) un rafforzamento della libertà dei cittadini nella scelta del luogo di cura, diritto umano e civile incontestabile da un lato (peraltro ampiamente usufruito dai medici stessi!) e dall'altro innegabile stimolo al perfezionamento delle risposte offerte dai diversi istituti, e quindi e) l'introduzione di una reale pluralità e parità di soggetti erogatori; f) sistemi di controllo di efficienza, qualità e appropriatezza delle prestazioni.

In questi primi anni di applicazione è sembrato che la legge 502/92 potesse consentire almeno una sterzata nella direzione di questi obiettivi. Infatti il nuovo metodo di gestione introdotto con la 502/92 (regionalizzazione dell'amministrazione della sanità, finanziamento a prestazione, aziendalizzazione più o meno accentuata a seconda delle diverse legislazioni regionali, gestione budgetaria delle unità operative), pur ponendo altri nuovi problemi, ha consentito innanzitutto di mettere in luce alcune verità nascoste, ad esempio alcuni dati di produttività, ovvero di spreco e di parassitismo a tutti noi ben noti, che prima restavano celati dietro maschere di comodo di istituti che solo in alcune aree dell'immaginario collettivo, ma non nella realtà dei fatti, svolgevano un ruolo di vertice nella qualità/quantità del servizio erogato. Segni positivi hanno cominciato anche a manifestarsi a livello operativo, come testimoniato dalle trasformazioni di molti ospedali regionali che hanno nettamente migliorato quantità e qualità delle prestazioni offerte: come non ricordare qui il caso a noi ben noto della cardiocirurgia in cui, nel giro di pochissimi anni, interventi salvavita sono stati finalmente resi accessibili con tempi di attesa adeguati ("europei")?

Correggere la rotta o ritornare al passato?

Questi risultati non sono evidentemente sufficienti al ripristino compiuto di un corretto operare secon-

do le esigenze prima elencate. In particolare, come giustamente osservato da Schweiger, "l'enfasi posta (sull'aspetto del pagamento a prestazione) ha indotto a volte a comportamenti eccessivamente orientati agli aspetti economici, con qualche potenziale rischio per la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni"¹. L'aziendalizzazione delle strutture sanitarie è stata infatti concepita in troppi casi come gretto meccanismo contabile e non come modo per dare spazio anche nei servizi statali/regionali ad una creatività e ad una imprenditorialità "dal basso", tesa a produrre servizi competitivi, cioè più efficienti e più adeguati alla domanda dei cittadini. Va detto tuttavia, a difesa della sostanziale correttezza professionale degli operatori, che il giusto timore di una diffusa inappropriata nell'erogazione delle prestazioni sembra aver trovato una prima rassicurante smentita dai dati emergenti in Lombardia, dove uno studio retrospettivo sull'appropriatezza dell'indicazione alla rivascolarizzazione miocardica mediante bypass aortocoronarico e angioplastica, effettuato in ospedali pubblici e privati, ha rilevato livelli di inappropriata inferiori al 10%, quindi entro i limiti fisiologici del fenomeno (dati in attesa di pubblicazione comunicati preliminarmente all'incontro indetto dalla Regione Lombardia con l'ANMCO regionale).

Se quindi la sterzata della 502/92 poteva necessitare a sua volta di correzioni di rotta, suggerite magari dal confronto fra diversi modelli regionali sperimentati per un tempo adeguato, non può non destare preoccupazione invece la prospettiva che sembra emergere dalla legge 229/99. Essa infatti va nuovamente nella direzione di un centralismo statale di istituzioni, piani sanitari e dettagliate articolazioni di funzioni che dovrebbero garantire l'operatività invariabilmente identica di ogni istituto sanitario dal Brennero a Lampedusa e per di più con i necessari rapidi tempi di reazione di fronte alle esigenze particolari via via emergenti. "*Dall'Alpi alle Piramidi/dal Manzanarre al Reno/di quel sicuro il fulmine/tenea dietro al baleno*": questi versi, forse non tra i suoi più felici, che Alessandro Manzoni volle dedicare a Napoleone Bonaparte non pare che possano essere attribuiti a qualsivoglia ministro o ministero della nostra Repubblica!

Non ci siamo già dimenticati di un passato che è parte della nostra esperienza professionale, un passato di centralismo e di parkinsonismo istituzionale inquinato da pesanti discrezionalità politico-partitiche, tale da impedire ogni locale flessibilità del sistema ed ogni responsabile e autonomo reperimento, utilizzo e canalizzazione di risorse localmente esistenti. A pericolose discrezionalità politico-partitiche sembrano in particolare poter riaprire la porta il ripristinato ruolo di funzioni politiche locali (sindaci) nella gestione delle aziende sanitarie e gli accordi contrattuali fra erogatori accreditati e Regione/ASL in base a cui verrebbero definiti i volumi massimi di prestazioni erogabili da ogni singolo istituto, così che "la competizione fra erogatori

si manifesta nel momento della stipula degli accordi contrattuali con ASL e Regione, più che nel momento della fornitura della singola prestazione”¹. In proposito, nel contesto della mancata distinzione fra ASL e ospedali sostanzialmente prevista con pochissime eccezioni della legge 229/99, sembra probabile che la quota di prestazioni allocata dall’ASL altrove rispetto ai propri ospedali sarebbe residuale e non tale da promuovere la competitività.

Salute e stato

I timori più gravi non sorgono tuttavia dalle croniche inefficienze della pubblica amministrazione né dai rischi di rinascite clientelismo, ma da ragioni più radicali. La chiave di lettura della legge 229/99 è espressa nell’articolo 1 ove si afferma che “il Servizio Sanitario Nazionale assicura livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto (...) della loro appropriatezza (...) nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse”³. L’identificazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza è effettuata “contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica”³. Risalta qui innanzitutto una conflittualità fra i livelli di assistenza “essenziali” (definiti tali in base a che cosa?) ed il vincolo costituito delle risorse finanziarie disponibili, ma soprattutto viene in luce l’assunto fondamentale del legislatore che attribuisce allo stato una duplice capacità: a) quella di corrispondere ai livelli essenziali di assistenza e b) quella, più insidiosa, di definirli, dichiarando quindi in negativo non essenziali (quindi un non bene) altri bisogni ed altre risposte.

Non si tratta di questioni di puro principio o ideologiche, infatti questa duplice prerogativa che viene attribuita all’organo di stato ha importanti conseguenze etiche (se lo stato non solo decide ciò che è possibile erogare, ma anche definisce il livello di assistenza erogato come “essenziale”, ci potremmo aspettare ad esempio che un decreto del Ministero della Sanità determini annualmente l’età-soglia in cui l’impianto di un cardiovertitore-defibrillatore non è più “essenziale”) e operative riassunte nel diritto e nella necessità di programmare l’attività sanitario-assistenziale ovunque e nei minimi particolari. Da qui il dettaglio impressionante di normative che con vera e propria capacità demiurgica il Ministero della Sanità è chiamato ad emanare (ad esempio entro il 30 aprile di ogni anno il Ministero dovrebbe definire tra l’altro il numero di odontotecnici operanti nei servizi e nelle strutture di tutto il Servizio Sanitario Nazionale - articolo 6). Da qui anche il diritto/dovere di limitare la libertà sia dei medici, fino a negarne la teorica necessità (il caso della libera professione è solo un esempio, pur significativo), sia dei soggetti politici periferici, cioè delle regioni e, all’interno di

queste, delle aziende sanitarie che diventerebbero puro terminale esecutivo di processi centralmente stabiliti mediante predefiniti vincoli operativi. Il decentramento degli uffici non sembra così pensato per spostare il baricentro del processo decisionale e operativo verso la base, cioè vicino al bisogno ed alle volontà di impegno verso di esso: tale baricentro resta invece rigidamente collocato al centro del sistema. In tale contesto, pare effettivamente difficile auspicare un “patto di solidarietà” tra cittadini, istituzioni e operatori, ma pare solo possibile attendersi obblighi di legge burocratici cui ottemperare.

Linee guida sì, linee guida no, linee guida se

Un cenno particolare è necessario a riguardo delle linee guida cui la nuova legge inevitabilmente dedica particolare attenzione. Nulla in realtà ci sarebbe da aggiungere alle osservazioni di Shekelle et al.⁴ fatte proprie da Schweiger: “dati soddisfacenti su *efficacy* (efficacia teorica) e su *effectiveness* (efficacia pratica) sono sfortunatamente infrequenti. In concreto numerosi studi stimano che solo il 15-20% delle attività cliniche possano giustificarsi sulla base di rigorosi dati scientifici che ne stabiliscano l’efficacia”. Che fare nel restante 80-85% dei casi? Pare un po’ astrattamente attendista, anche se metodologicamente corretto, il suggerimento di Schweiger di esplorare con una ricerca continua anche questi ambiti della medicina: e nel frattempo?

Ben vengano comunque le linee guida, ma non possiamo pensare che esse possano sostituire la sapienza e la libertà responsabile del singolo medico. Ben vengano le linee guida, se esse rimangono tenacemente fedeli alla loro natura di “raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo metodologico sistematico, allo scopo di fornire a medici e pazienti un supporto per scegliere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”⁵, restando in tal modo cosa ben distinta dalle leggi, soprattutto finanziarie, dello stato.

Queste cautele non vogliono evidentemente proporre una medicina paternalistica, irrazionale e “fondata sul sentimento”⁶, ma piuttosto tutelare la vera razionalità dell’atto medico che, basato sulle evidenze scientifiche accumulate nel tempo, ha il suo centro di gravità imprescindibile in ogni singolo rapporto tra medico e paziente nel quale il medico è tenuto a dar ragione responsabilmente delle proprie indicazioni nella consapevolezza, sempre in qualche misura “drammatica”, che ciò con cui ha a che fare è un fenomeno non riducibile a puro e sempre meccanicamente riproducibile evento biologico^{7,8}.

Anche nel caso delle linee guida vale quanto detto a riguardo del processo di riforma: più che il ribadire affermazioni generali su cui è facile trovarsi d’accordo oppure prolungare una *querelle* infinita di pro e di contro, è utile in una determinata circostanza storica

chiarire i problemi ed i rischi in essa implicati: oggi, a fianco della necessità, non nuova, di diffondere procedimenti di diagnosi, cura e prevenzione razionali (formazione permanente del medico), pare di rilevare emergente il rischio della sparizione di un soggetto medico libero, autorevole e responsabile a fronte di un preoccupato e preoccupante avanzamento di istanze economico-amministrative, sia nel settore privato che in quello statale, così da configurare per le linee guida “il rischio concreto di un utilizzo improprio (impositivo) da parte del gestore pubblico”⁶. Non si può quindi non condividere la necessità di una collaborazione fra ruoli diversi⁶, purché questa non prefiguri la scomparsa di qualcuno di questi ruoli, come invece in questi anni si è a volte avuta l'impressione che avvenisse⁹, configurandosi così uno scenario in cui le linee guida rischierebbero di trasformarsi da magnifico destriero, quale dovrebbero essere, in insidioso cavallo di Troia.

A proposito della ricerca scientifica

A riguardo delle attività di ricerca non può che renderci contenti, come membri dell'ANMCO, il fatto che gli indirizzi nazionali siano tali da far preconizzare che “società scientifiche accreditate e i loro Centri Studi” possano diventare “terminali di finanziamenti pubblici”¹: tra i Centri Studi cardiologici italiani certamente ha un posto di primo piano il Centro Studi ANMCO. Tuttavia suscita qualche perplessità l'affermazione contenuta nell'articolo 11 della legge 229/99 secondo cui “la ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio Sanitario Nazionale e ai suoi obiettivi di salute”³: ancora una volta allo stato si attribuisce una totalità di prerogative, in questo caso con l'assunto che sia lo stato a definire e circoscrivere ciò che è bene far oggetto di ricerca.

Non può inoltre sfuggire che la ricerca (e quindi il progredire del livello medio e comune delle conoscenze) non è fatta solo di studi di gestione e di organizzazione sanitaria ovvero di attività volte all'implementazione delle linee guida, come recita sempre l'articolo 11, ma anche di altra attività scientifica che costituisce un'irrinunciabile fonte di conoscenza e una via per sottrarre dal provincialismo la cardiologia italiana e per non assistere al perpetuarsi dell'emigrazione di tanti ricercatori.

Ruolo delle società scientifiche

Quale ruolo, infine, per le società scientifiche? Che cosa ci attendiamo da una nostra adesione a qualcuna di esse? Schweiger parla di una “comunità cardiologica che si esprime unitariamente” e di una “partnership tra istituzioni e comunità cardiologica formalizzata

con l'invito ufficiale da parte dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (l'organo istituzionale cui è demandato il compito di realizzare il Programma Nazionale per le Linee Guida Cliniche) alla Federazione Italiana di Cardiologia (che rappresenta ANMCO e Società Italiana di Cardiologia – SIC – nel rapporto con le istituzioni) a collaborare alla stesura delle linee guida prevista dal Piano Sanitario Nazionale”¹. Questo regime di “concertazione”, se da un lato rende giustamente orgogliosi per il grande e solido lavoro culturale effettuato nel passato da parte delle nostre associazioni professionali, dall'altro non può non suscitare qualche perplessità. Pare infatti di dover riconoscere nel sistema sanitario ruoli e funzioni collaboranti ma ben distinti: per citarne alcuni, il ruolo dell'economista, quello del manager, quello delle scelte politiche e quello del medico che, tra tutti, è chiamato alla specifica funzione di individuare (ricerca), conoscere (formazione permanente), dichiarare ed applicare le conoscenze scientifiche ottimali a fronte del bisogno che egli incontra *in vivo* (vedi ad esempio il testo del codice deontologico professionale che con giuramento ci obbliga a “esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento” e a “perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza”).

A questo specifico ruolo del medico, e quindi, per derivazione e auspicabilmente, delle sue organizzazioni professionali, si affianca o, legittimamente, si sovrappone quello delle istituzioni politiche che, per loro funzione, scelgono tra differenti possibili opzioni di investimento strategico ed economico quelle ritenute preferenziali, attuando così il “razionamento esplicito delle prestazioni” che coraggiosamente Schweiger individua come volontà del legislatore nella 229/99. Ma la confusione già rilevata tra ciò che è fornito dallo stato e ciò che è buono, fino al configurarsi di una strana equivalenza fra buono e statale ovvero non statale e non buono, non può che essere equivoca e disfunzionale per l'intero sistema. Potrebbe servire da esempio il caso, non troppo ipotetico, di un soggetto anginoso con una colesterolemia totale “purtroppo” solo di 289 mg/dl e colesterolemia LDL di 199 mg/dl a cui legittimamente (per scelta economico-politica, cioè per una forma di razionamento delle risorse) lo stato può negare una statina in fascia A, ma sarebbe assurdo se la giustificazione addotta (e quindi il messaggio culturale) fosse la non provata efficacia. D'altra parte il medico-cardiologo deve invece liberamente e coscientemente indicarne l'utilizzo¹⁰.

In tale contesto non privo di motivi di inquietudine, mentre nulla evidentemente si obietta alla collaborazione personale di singoli e qualificati esponenti del mondo cardiologico all'attività degli organi sanitari nazionali e regionali, ci sembra quindi di dover innanzitutto auspicare, come nota finale e nell'interesse comu-

ne, l'esistenza di una "libera ANMCO e libera SIC" in "libero stato". Il citato caso del trattamento delle dislipidemie costituisce di questa linea di comportamento un esempio positivo¹⁰.

Riassunto

La legge di riforma sanitaria 229/99 introduce rilevanti mutamenti strutturali che favoriscono il ruolo centrale degli organi di governo statale. Vengono qui descritti i motivi di preoccupazione che questa strategia di governo suscita a fronte della recente necessità di introdurre con la legge 502/92 modelli gestionali innovativi rispetto alla precedente legge 833/78. La distinzione di ruolo fra il medico e le organizzazioni professionali da un lato e gli organi amministrativi dall'altro è decisiva per il corretto funzionamento del sistema sanitario. Si discute a questo proposito la funzione delle linee guida e delle società scientifiche.

Parole chiave: Sistema Sanitario Nazionale; Linee guida.

Bibliografia

1. Schweiger C. La comunità cardiologica e la riforma sanitaria. Alcune riflessioni per aprire un dibattito. Ital Heart J Suppl 2000; 1: 15-23.
2. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 10.12.1998.
3. Decreto Legislativo del 19.06.99 n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 16.07.1999.
4. Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, et al. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. N Engl J Med 1998; 338: 1888-95.
5. ANMCO-Comitato per la Ricerca Clinica. Criteri per la produzione di linee guida cliniche (LGC). G Ital Cardiol 1995; 25: 795-800.
6. Schweiger C. Una medicina. G Ital Cardiol 1999; 29: 1044-6.
7. Sweeney KG, MacAuley D, Gray DP. Personal significance: the third dimension. Lancet 1998; 351: 134-6.
8. Vecchio C. Linee guida: uno strumento delicato. La Cardiologia nella Pratica Clinica 1999; 4: 229-31.
9. Vecchio C. Due medicine. G Ital Cardiol 1999; 29: 583-5.
10. Marchiolo R, Valagussa F, Vanuzzo D, Giannuzzi P, Pede S, Schweiger C. Il trattamento dell'ipercolesterolemia in prevenzione secondaria. Statement dell'ANMCO. G Ital Cardiol 1998; 28: 409-15.