

INTERVISTA AL PROF. IVAN CAVICCHI

Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria, Università La Sapienza, Roma

Da tempo si discute intorno alla sostenibilità economica dei SSN nei Paesi occidentali. Lei nel suo ultimo libro fa riferimenti piuttosto critici all'economicismo imperante. Ritiene che oggi ci siano margini per ulteriori risparmi (e quali eventualmente) e questi sarebbero compatibili con un adeguato ed equo livello di assistenza ai cittadini?

La crescita della spesa sanitaria è un indicatore dei paesi maturi e in particolare dei paesi occidentali. Non si può essere il "primo mondo" con una sanità da "terzo mondo". Se si vuole la società del benessere si deve accettare il benessere e addirittura un'idea più evoluta di salute, fino alle attuali espressioni che io chiamo "domanda di vitalità" (attesa di vita, speranza di vita, mortalità evitabile, prolungamento della vita media, ecc.) Prima di discutere cosa è la "sostenibilità" è necessario decidere le sue unità di misura.

Non esiste in astratto e in assoluto una questione di sostenibilità. Essa esiste sempre in funzione di una qualche politica economica. Vi sono politiche economiche (quelle liberiste) per le quali spendere la metà di quello che spendiamo è spendere comunque "troppo". Altre (quelle welfariste) per le quali spendere anche più di quello che spendiamo è comunque poco.

Non si può dire che spendiamo troppo o troppo poco, si può dire che in rapporto alle politiche economiche date, la spesa sanitaria è più o meno sostenibile.

Quindi la sostenibilità non è un *attributo* della spesa ma una relazione tra la sanità e l'economia.

L'economicismo è una brutta bestia perché, il problema della sostenibilità, lo affronta in modo ideologico, tentando di convincerci che basta una percentuale in rapporto al PIL a dirci se siamo o no sostenibili. Cioè tende di convincerci che essa è un attributo della sanità senza avere relazioni con l'economia.

In quanto ideologia, l'economicismo fa del concetto di limite un valore assoluto, fino a posporgli persino i diritti. E questo in sanità è inaccettabile.

Che esiste un limite alle risorse lo sappiamo tutti ma che di questo si faccia la giustificazione per ridiscutere dei diritti elementari come quello alla cura appropriata, alla terapia adeguata, al trattamento per la persona, è estremamente discutibile.

Tutta la partita della budgettizzazione, della standardizzazione, della procedimentalità per non parlare di certi rischi insiti nell'EBM, è a rischio di economicismo.

L'unico modo per evitare questo rischio, al quale molti direttori generali delle ASL sono esposti ma anche molti medici, è riconoscere un'autonomia della scelta chiara, sapendo che in sanità qualsiasi scelta gestionale o clinica è anche inevitabilmente una scelta morale. Poi viene il resto.

Oggi prima di parlare di "risparmi" parliamo delle modalità. In teoria si può sempre risparmiare: si può garantire, ad esempio, l'assistenza ospedaliera e mettere tutto il resto in indiretta. Si possono aprire le porte alle assicurazioni private e far pagare di più il cittadino e meno lo stato. E tante altre fesserie del genere.

Il concetto di risparmio, insomma, implica sempre definire chi ci guadagna e chi ci perde. Se vogliamo che a guadagnarci (per essere una volta tanto manichei) sia il malato e a perdere sia la malattia, non ci sono nella nostra sanità pubblica molti margini di risparmio e comunque il risparmio non sarà mai, per le sue ridotte possibilità nel tempo (in sanità l'obiettivo della razionalizzazione è un obiettivo che una volta raggiunto si auto-nega), davvero rifinanziante.

La sfida è ciò che avrebbe dovuto riformare la 833, cioè il rapporto tra la domanda espressa e la struttura dell'offerta. Ma ogni volta che parliamo di queste cose, scopriamo che andiamo a pestare tanti di quei calli che alla fine qualcuno (non io) preferisce perfino l'economicismo.

Rimanendo alla allocazione delle risorse finanziarie interna al SSN, ritiene che ci debbano essere maggiori investimenti nei confronti del settore delle cure primarie, di che tipo e liberando quali risorse?

Io ritengo che in primo luogo in sanità debba esserci innanzitutto il "conto capitale" e non solo la spesa corrente.

Che azienda è quella che gestisce peraltro a ribasso, solo i costi?

In realtà in passato e ancora oggi la riduzione degli investimenti e il deficit sono state e sono forme anomale di finanziamento del settore. La mia impressione è che tuttavia il gioco sia cambiato: mentre prima funzionava la

copia sottofinanziamento/ripiano oggi la nuova coppia è sottofinanziamento/definanziamento. Cioè è una lenta asfissia finanziaria del sistema.

Chiarito questo non c'è dubbio che si dovrebbero allocare risorse nei settori strategici a garantire a un tempo tutele e governabilità. E le cure primarie sono tra queste, cioè la medicina generale e la medicina interna, nel territorio e nell'ospedale. Ma anche in questo caso non si tratta solo di allocare risorse ma di fare dell'allocazione un vero e proprio atto di riforma. Cioè usare la risorse disponibili per reimpostare il sistema che ancora oggi è soprattutto tecnologico-centrico.

Un'impresa che però implica una qualità di tipo umano della professionalità del medico. Non dimentichiamo mai che all'indomani del varo della riforma sanitaria, avremo dovuto fare la riforma degli studi di medicina. Riforma che nessuno ha fatto e, da quel che capisco, nessuno vuole fare. Allocare risorse significa allora anche capacità, abilità, virtù, sensibilità in aperta competizione con il dominio tecnologico.

Si parla molto oggi di "governo clinico". Lo si fa in genere riferendosi alla realtà degli ospedali. Lei pensa che un ragionamento interessante ed innovativo di questo tipo possa attenersi anche alle "cure primarie"? In che modo?

"Governo clinico" è un'espressione che suona bene ma che mi resta antipatica. In parte perché tutti i nostri *savants* sanitari, cioè gli esperti della tecnocrazia, non riescono a fare altro se non scopiazzare il *British Medical Journal*, pensando così di essere veramente esperti. Ce ne fosse uno che abbia ideato qualcosa di veramente originale. Quindi l'antipatia non è contro l'espressione in se ma contro il provincialismo che la usa.

In parte poiché è un'espressione ibrida ed ambigua. *Ibrida* perché un significato politico (governo) è abbinato ad un significato scientifico (clinico); *ambigua* perché nonostante il gran parlare che se ne fa, ancora non si è deciso unanimemente cosa debba essere. Girano insomma molte, troppe, interpretazioni. Se governo clinico è un problema di responsabilità professionale, di autonomia, di scienza e coscienza, è un conto. Se al contrario è la formalizzazione di un conflitto di competenze di titolarità nei confronti del direttore generale della ASL, è un altro paio di maniche.

Insomma questo "governo clinico" mi sembra come la "verità" di Pirandello: io sono "colui" che mi si crede.

In alcune posizioni ho intravisto una confusione tra *governance* e *government*, in altre mi è sembrato di vedere il principio del "minimassimo" di Wold, che in medicina a dir poco è una fregatura (garantire il massimo perché il minimo sia un massimo).

Eppoi quello che appare nuovo di zecca non è detto che non sia vecchio come il cucco.

Il governo clinico è o non è un'idea di buona pratica medica? Se sì, ridiscutiamo le condizioni di una buona pratica medica. Qui si che bisognerebbe fare un grande lavoro proprio a partire dalle cure primarie.

L'attuale governo sembra aver assunto un atteggiamento piuttosto rigido nei confronti dell'industria farmaceutica, in conseguenza anche degli sforamenti della spesa degli ultimi mesi. Lei è stato Direttore di farminindustria, cosa ne pensa dei recenti provvedimenti e comunque in generale dell'andamento della spesa farmaceutica in Italia?

L'industria farmaceutica ha esattamente quello che si merita. Essa per ragioni di tenuta interna (vi sono interessi molto diversi) non è in grado di presentare una proposta e per lo più è continuamente indebolita nella sua credibilità dalle vicende sul comparaggio.

Per cui subisce le proposte del governo.

Il punto che si deve capire è un po' paradossale ma è quello centrale: per questo governo lo sviluppo dell'industria farmaceutica è un disvalore perché il suo esito è quello di accrescere la spesa pubblica. Basta immettere sul mercato un farmaco innovativo per vederne gli esiti finanziari. Per questo governo la spesa pubblica è un disvalore e ciò che cresce tale disvalore è a sua volta un disvalore. Il senso dei provvedimenti contro l'industria farmaceutica è quello di una politica per un suo "sviluppo negativo" (questo è il paradosso). Ma se le cose stanno così, cosa si aspetta a proporre un'idea di "sviluppo sostenibile", qui la parola non è fuori luogo. Cioè cosa si aspetta a scendere in campo per trasformare un'idea banale di sviluppo in un'idea di potenziamento delle condizioni di sostenibilità?

Cosa si aspetta a proporre un saggio di crescita giustificato dal momento che quello "naturale" non è realistico? Si tratta di un altro modo di vedere i problemi ma che ha grande potenzialità. Quando penso a "potenziare la sostenibilità" penso al territorio, alle regioni, alle ASL, cioè a progetti di buona pratica medica come aspetto della sostenibilità.