

Riccardo G. Crivelli

PECUNIA NON CURAT
(o della perniciosa intrusione del danaro nella cura dei malati)

Presentazione a cura di
Giovanni Petazzi



Ritratto dei coniugi Giovanni e Costanza Arnolfini (-Trenta),
Jan van Eyck (Maaseik, 1390 ca.-Bruges, 1441),
olio su tavola, 1434, Londra, National Gallery.

KNOCK

... Je suis partisan de la diminution de la mortalité.

DOCTEUR

Comme nous tous.

KNOCK

*Vous aussi? Tiens! Je n'aurais pas cru. Bref,
j'estime que, malgré toutes les tentations
contraires, nous devons travailler à la conservation
du malade.*

Dedico questo saggio alla memoria di Dome, maestro, collega e amico. Lo ricordo per tante cose, ma anche per avermi incoraggiato a scrivere. Diverso tempo fa, quando lavoravo con lui al DOS (DSS), ebbi la formidabile occasione di attraversare l'Atlantico in barca a vela con un gruppo di amici. Trascrissi gli appunti di quell'avventura in un piccolo testo, che intitolai "Diario di bordo di un funzionario in alto mare".

Lo diedi in lettura a una ristretta cerchia di amici, tra i quali Dome. Dopo averlo letto, ecco cosa mi scrisse, in rigoroso pennarello nero:

"Caro Riccardo,

ho finalmente letto il Diario di bordo, un po' un diario di vita e perché no della vita. Ti ringrazio molto di avermi dato questa possibilità perché non è evidente, almeno per me ma credo nemmeno per te, accedere, o almeno muoversi, verso i "piani interiori" di una persona. Ti ringrazio per la fiducia. L'ho letto con passione e partecipazione intima anche se per me, una tale esperienza, sarebbe stata forse impossibile se non durissima. Nonostante le apparenze non sono facile a socializzare "a lungo" e nonostante sia nato "al lago" ho vissuto traumaticamente un quasi naufragio (o almeno così mi era parso), vicino al castello spettrale di Cannero, nella parte più matura dell'infanzia. Ho smesso purtroppo di leggere opere di narrativa vent'anni or sono (l'ultima fu "La giornata di uno scrutatore" di Calvino) e quindi non sono ben piazzato, tuttavia mi sembri un formidabile narratore! Perché non curare magari delle novelle brevi anche sulla burocrazia? Senza scomodare Kafka?

È vero, la tristezza "di fondo" (l'ansia "di base" come dicevamo noi una volta) tante volte ti impedisce di godere appieno, ma se permetti, con l'età dovrebbe passare, più ci si rende conto che il tempo che ci separa dalla coreografia finale diminuisce, più si gioisce di quello che si ha o che si è voluto perché fonte di piacere.

Mi ha confortato il fatto che la Sezione non era al primo posto (se si trattava di un "ordine" non casuale) delle preoccupazioni che ti hanno preso il 2 dicembre, dopo 500 miglia, limite, quest'ultimo, che mi sembra rappresentare una "barriera di sicurezza". Infatti dopo preoccupazioni di "deriva" nell'oceano cartaceo, non mi sembra te ne siano più venute! Poi, come ben hai pensato sabato 11 dicembre, vicino alla meta, a volte, nella vita, bisogna stringere le chiappe beninteso quando ne vale la pena e mai troppo forte! Quando ero piccolo avevo una foto del Walter Bonatti in "verticale" con la didascalia "dove c'è una volontà, c'è una via", il che vuol dire la stessa cosa. In fondo, credo, sia vero, basta che l'obbiettivo ci faccia gioire e che la via non sia troppo tortuosa (nel senso di torbida). Poi, come dici, il caso e la buona sorte dovrebbero fare il resto.

Grazie ancora per questa piacevole e intensa ventata di umanità.

*Con amicizia
DOME"*

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio sentitamente:

- Lorenza e Michele, che soltanto in base a qualche scarno indizio – un po' di sputo e di terra – mi hanno distillato un titolo tanto essenziale quanto succoso;
- Giovanni che, pur dicendosi “non preparato” ha purtuttavia scritto per me (e per voi) un affettuoso saluto a Dome, carico di umanità e trapuntato sapientemente con il sale e il pepe del commento e della critica al mio saggio.

Riccardo

ELENCO DEI TITOLI

PRESENTAZIONE	A cura di Giovanni Petazzi	VII
INTRODUZIONE		1
CAPITOLO I	MALATI, IGNORANTI E PRIGIONIERI	3
	La legge universale della creazione dei malati	3
	Conoscenza, ignoranza e asimmetria dell'informazione	4
	Mercato, ottimo paretiano, dilemma del prigioniero ed equilibrio di Nash	6
CAPITOLO II	I VIZI (SOLTANTO ALCUNI) CAPITALI DEL SISTEMA SANITARIO	11
	Un finanziamento incomprensibile	11
	La doppia-doppia velocità della medicina e delle casse malati	14
	Premi uguali e sussidi posticci	16
CAPITOLO III	RETORICHE SANITARIE	19
	Il paziente al centro dell'attenzione	19
	Le concorrenze invisibili	21
	<i>Publish or perish</i>	23
CAPITOLO IV	<i>THE FUTURE IS NOW</i>	27
	Nemesi medica e il senso della cura	27
	<i>E-health</i> , "uberizzazione", paziente 4.0 e altro ancora	29
	<i>Choosing Wisely</i>	31

PRESENTAZIONE

A cura di Giovanni Petazzi

*“Sol chi non lascia eredità d'affetti
Poca gioia ha dell'urna”
Ugo Foscolo*

Al Dome

(Un saluto a Gianfranco Domenighetti con alcune considerazioni al testo di Riccardo Crivelli)

Questo scritto nasce da una richiesta di Riccardo. Una richiesta che mi ha trovato non preparato, senza “guizzo”, per dirgli onestamente: Riccardo “sum mia prunt”. Così aveva risposto il papà di Riccardo, ospite in casa per anziani, al prete che voleva somministrargli il Sacramento della Comunione. Non ho avuto il guizzo per più motivi. A Riccardo in questi ultimi anni ho commissionato diversi incarichi, se non impossibili, di non facile attuazione, che sono ancora in corso. Poi il Riccardo è stato molto bravo a infilare il suo testo tra una serie di altre pubblicazioni di cui mi aveva parlato con un certo entusiasmo e che, come sua abitudine nel portare avanti il lavoro, gli premeva farmi pervenire senza indugio. Anzi, era già passato qualche giorno prima a Bellinzona. Ma io non sono un tecnologo e gli era andata male o forse bene. Si perché la sua richiesta è poi arrivata lo scorso venerdì 13 aprile: io non sapevo se lui sapeva - un vero “dilemma del prigioniero” - che il 13 aprile, cosa a me ben nota, era il giorno del compleanno di Dome, il primo senza Dome. E così, dopo avergli chiesto la scadenza, per non fare la figura di un prete in mezzo alla neve, come soleva dire il primo Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero cantonale, ci sono rimasto dentro con una riserva però: vediamo se mi aiuterà la “poesia”. Perché si sa, e bene lo ha spiegato Paul Klee, molto amato da Dome, che l'arte può rendere visibile ciò che non sempre si vede.

Dico ci sono rimasto dentro perché è noto che una descrizione, fosse anche di matematica, non sarà mai neutra, senza valori, Vilfredo Pareto avrebbe detto priva di residui. Figuriamoci poi quando di mezzo c'è un'altra persona e allora anche per me l'interrogativo di Francesco: “chi sono io per giudicare?”

La prima volta che ho incontrato Dome non lavoravamo ancora assieme. Era la seconda metà degli anni '80: io svolgevo il mio apprendistato di funzionario dello Stato presso il già Ispettorato dei Comuni, poi diventato Sezione enti locali del già Dipartimento dell'Interno. L'occasione fu una cena organizzata dai colleghi del Servizio del contenzioso, l'altra unità amministrativa del già Dipartimento dell'Interno, presso l'abitazione dell'avv. Francesco Maino, al secondo piano del n. 13 (anche il “mio” Dome è “nato” al 13) della Piazzetta Gabuzzi a Bellinzona: ai piedi del Castello Grande o di Uri o di San Michele, dall'altra parte di Via Codeborgo, dove si trova la Galleria dei Benedettini, i resti dell'antico Monastero con la Chiesa di Santa

Maria dello Spasimo, che ospitò il 20 maggio 1803 la prima seduta del Gran Consiglio ticinese e più in là fu anche sede del Ginnasio industriale di Bellinzona, preludio alla Scuola cantonale di commercio frequentata da Dome e Riccardo.

Al n. 13 della Piazzetta Gabuzzi quella sera si era intrufolato anche il Dome che non disdegnava la visibilità: era uno cui piaceva tenere aperta la camicia. D'altra parte "Dome", il suo nome in "arte", non è un appellativo attribuitogli da altri, nasce da una sua propria scelta.

In quell'occasione, il Dome, trovandosi "tra le mani" un novellino, da funzionario di comprovata esperienza non perse l'occasione per darmi i suoi consigli e per dire quel che pensava, sottolineando che lavorare per l'Amministrazione pubblica poteva essere divertente, un piacere. Per lui era proprio così, il suo lavoro una vera passione.

Con il Dome ho poi fatto assieme un bel pezzo di strada da quando sono arrivato all'allora DOS nel febbraio 1992. Fino ad agosto 1996 per il tramite di Riccardo, Direttore della Divisione degli istituti sociali; poi, da settembre 1996, con la partenza di Riccardo dal Dipartimento, direttamente nella nuova Divisione della salute pubblica. Dopo il suo pensionamento, nell'aprile 2006, Dome e io abbiamo accompagnato Michele Tomamichel fino alla fine della sua malattia; poi abbiamo continuato a trovarci con la Nataliya, la signora che aveva permesso a Michele, nonostante le sue gravi condizioni, di vivere nella sua abitazione. Anche Michele, come il Wilhelm Meister di Goethe, aveva trovato la sua Nataliya: questa volta era russa, veniva da Kiev, dall'Ucraina; sua madre era originaria dell'Azerbaigian dove Nataliya aveva passato la sua prima infanzia. Negli stessi anni andavamo talvolta a cena con il Paolo e la Piera.

Per raccontare di Dome, per descrivere la sua "anima", si potrebbe procedere per aneddoti, perché la vita di Dome è anche stata un continuo e intenso susseguirsi di eventi gustosi. Una strada tuttavia non percorribile in quest'occasione, perché ci costringerebbe a dover scrivere un romanzo; un'operazione tra l'altro non possibile nella nostra condizione, come l'ha spiegato un non facile, ma grande scrittore italiano del '900: l'ingegner Carlo Emilio Gadda. Mi limiterò perciò a uno solo che, anche se scelto a caso, credo colga nel segno la sua identità e, in particolare a chi l'ha conosciuto, lasci immaginare gli altri. La mattina del 17 ottobre 2003, la Patrizia si era vista assottigliare il DSS alla Divisione della salute pubblica (dove c'erano i suoi pretoriani) dai colleghi di Governo a seguito di una sua lettera, una risposta sui tagli alla spesa sociale (guarda caso sussidi cassa malati) del giorno prima, consegnata al Presidente Marco Borradori tra le ore 11:35 e le 11:40. Questi tagli servivano, se non per smorzare, almeno per attenuare le fiamme generate dal buco imputabile ai pacchetti di sgravi fiscali d'inizio 2000. La lettera faceva seguito al "piuttosto mi sdraio sui binari" che Patrizia avrebbe proferito nella seduta di Governo di quella settimana. Il segreto dello scritto una frase "mancina", una di quelle giocate da Maestro, con evidentemente un pizzico di fortuna, di coincidenza spontanea, non programmata, che sono autorizzate una sola volta. Insomma non si può fare come faceva il Dome quando scendeva in Città e posteggiava regolarmente la sua automobile, di dimensioni ragguardevoli, in Via Bertaccio, rasente all'Albergo Federale. Una simile giocata la seconda volta porterebbe alla fine del tedesco Hermann, il protagonista del racconto "La donna di picche" di Alexander Puškin. E allora il nostro Dome, brillante e attento come sapeva essere lui, nella pausa di mezzogiorno, prima dell'inizio della conferenza stampa di Patrizia, mi trascina lungo il Viale della Stazione per cercare una scatola di "Femina" destinata alla nostra Consigliere di Stato.

Quando Dome è partito, un quotidiano ha intitolato il suo ricordo: "Il papà della sanità ticinese". A me va bene anche il "papà", a patto che si sappia quel che si dice, che sia chiaro il concetto di padre, che si sia consapevoli che la sanità in Ticino è promossa quotidianamente con l'impegno di più di 15'000 persone, impiegate nelle numerose funzioni che richiede questo settore. Un impegno continuo che si perpetua lungo l'arco di decenni. E questo malgrado Dome sia stato, nella foga della sua passione, un po' accentratore, con effetti non sempre benefici su chi gli stava attorno. Se concordiamo su queste premesse, allora diamo pure al

Dome quel che è di Dome. È stato di sicuro un buon funzionario, qualcuno che fa funzionare le cose, come direbbero i francesi, non è stato un “rond-de-cuir,” cioè un burocrate, uno con i rinforzi di cuoio sotto i gomiti della giacca, per meglio stare appoggiato alla scrivania. Semmai di scrivanie ne ha viste poche. Una sera - lo cercavo a casa - la moglie Angelina mi aveva detto: “ch’el om li l’è cuma al lampo, al va e al vegn, sa sa mai in dua l’è”. A me è anche capitato di sentire il Pietro lamentarsi, perché secondo lui, come si fa a fare andare avanti il lavoro se non si sta dietro alla scrivania? Il Pietro era un ingegnere delle costruzioni, come Pier Luigi Nervi. È noto l’inizio della collaborazione di Nervi con i Prouvé in Francia. Quando arrivò chiese un tavolo e una sedia, prese posto e si mise a lavorare. Aveva ragione anche il Pietro che per mole e qualità di lavoro è sempre stato in testa. Due stili, due metodi diversi, che conta è il risultato. Dome è stato un curioso, un seminatore, un abile comunicatore, sapeva anche provocare. In fin dei conti, a suo modo, ha fatto semplicemente bene quello che richiedeva la sua funzione, ha fatto il suo dovere. Un compito centrale e privilegiato che gli ha permesso di far nascere, sviluppare ed esprimere una vera passione, spentasi solo con la fine della sua malattia. Alla politica sanitaria del Cantone, Dome ha dato un contributo significativo nei tre rami principali, in ordine logico dall’alto al basso: la promozione della salute; il coordinamento della domanda e dell’offerta di prestazioni sanitarie; la vigilanza sanitaria. Il suo merito maggiore è l’aver insistito, senza sosta, su due semplici verità: la necessità di aggiornare o, se volete, di salvaguardare il nostro stile di vita per contrastare le devianze in atto nel nostro vivere avanzato; la necessità di tenere sotto controllo l’offerta sanitaria al fine di poter assicurare a tutti il diritto all’accesso a cure di qualità a costi ragionevoli e sopportabili. Due semplici verità che la nostra classe politica ha sempre fatto fatica a capire o meglio, va detto, ha sempre fatto finta di non capire, perché troppo poco attenta al bene comune e troppo ammanigliata, troppo avvinghiata ai vizi privati. E allora il Dome, di fronte a tanta meschina sordità, poteva usare l’arma dello scherno, del ridicolo, della provocazione, se non altro per proteggersi, per cercare di tenersi alla giusta distanza dal brutto. Non è mai semplice stare tranquilli quando hai a che fare con chi insiste che il nero è bianco. Eppure anche in Ticino sempre più spesso ascoltiamo simili non ragionamenti. Sembra facile non perdere la pazienza, neanche Giobbe ne sarebbe stato capace, forse solo il Pietro sapeva resistere educatamente, castigando l’ironia.

Dome, in qualità di funzionario del Cantone per quasi quarant’anni, ha collaborato con cinque Consiglieri di Stato. Dopo aver iniziato alla fine degli anni ’60 con Federico Ghisletta, arrivò al suo periodo d’oro - probabilmente - negli anni di Benito Bernasconi, dal 1971 al 1983: in questi anni, oltre a sentirsi in sintonia con il Direttore del Dipartimento – del quale parlava con ammirazione e affetto - aveva trovato la sua strada, aveva fatto maturare una passione per l’economia sanitaria, della quale si sarebbe giovato in seguito. Erano gli anni, per lui e anche per il Ticino, di un piccolo grande miracolo, poiché a causa delle gravi difficoltà finanziarie in cui versavano gli ospedali fu istituito l’Ente ospedaliero cantonale; una creazione che aveva potuto seguire in prima persona e alla quale aveva dato un contributo significativo. Scrivo di un miracolo perché di solito, nella socialità e nella sanità, quando le cose si lasciano andare, quando si nascondono sotto il tappeto e vanno a male, si coglie l’occasione per smantellare le conquiste sociali del secolo scorso, come accade oggi, in questo periodo di restaurazione, con l’attuale Controriforma sociale.

Dopo la sua “protostoria”, Dome ha innanzitutto puntato il dito contro i fornitori di prestazioni. Nel contempo, in particolare con Rossano Bervini, si è fatto notare per le numerose campagne di promozione della salute per il grande pubblico. Con l’avvento della LAMal il suo dito è stato spesso rivolto contro gli assicuratori malattia: mai perdeva l’occasione per ricordare che la LAMal aveva dato il “mitra” agli assicuratori, anche se bisogna dire che gli assicuratori hanno sempre avuto almeno un “fucile d’assalto”. Il passaggio a un’arma più potente era stato frutto di un semplice compromesso, volto a ottenere il necessario consenso e a rendere obbligatoria l’Assicurazione malattia di base. Un’assicurazione le cui fondamenta, l’obbligo per tutte le persone di essere affiliate, la collocano nel campo dell’economia pubblica anche se poi, senza coerenza, sempre per una questione di compromesso, le regole di gestione della sanità sono molto

spesso quelle dell'economia privata. È questa contraddizione di base, oltre evidentemente al degrado degli stili di vita, che porta alla crescita non sostenibile dei costi sanitari.

Un fucile mitragliatore che è riapparso in modo evidente e violento con le recenti sortite della Numero 1 della CSS, una delle maggiori assicurazioni (la stessa Assicurazione che, in questi giorni, addobba le vie pubbliche del Ticino di cartelloni pubblicitari con la scritta, in un italiano vacillante: "Una delle virtù più belle dell'essere umano: **far sentire protetti** "; e a seguire: "Vediamo le cose come sono per te. Questa è la nostra assicurazione. **Sempre personale.**"). Philomena Colatrella ha proposto un aumento della franchigia a 5'000.- oppure 10'000.- Fr.: un atto di una violenza subdola e inaudita contro la solidarietà, i diritti delle persone, le loro capacità, la democrazia, la prosperità e il benessere, un atto che va condannato da subito.

Trattare un simile grave atto terroristico come una provocazione, come uno stimolo al dibattito è un agire non responsabile, velenoso perché è noto, e Manzoni lo ricorda, che gli urti "... principiano talvolta da una bagattella, e vanno avanti, vanno avanti ...".

Se gli assicuratori malattia la pensano così, e negli scorsi anni avevano già fatto pressione per restringere la paletta di prestazioni riconosciute dall'assicurazione obbligatoria, allora significa che stanno brigando per affondare la LAMal; questo significa che fin tanto saranno fatti così saranno fatti male, e non costituiranno le istituzioni idonee per assumere la responsabilità del diritto fondamentale alle cure per tutti.

Nella sua ultima stagione il Dome aveva rivolto la sua attenzione al settore farmaceutico, una delle colonne portanti del nostro sistema economico, e ai suoi meccanismi con i quali ci rende sempre più farmacodipendenti. Anche se non ne avevamo parlato espressamente, lui da persona che aveva vissuto il '68, forse in modo spontaneo, senza forzature, era ritornato a porsi le questioni di fondo su quale sia l'economia di cui abbiamo bisogno.

Oggi è un'evidenza che un mondo avanzato passi dal mercato, dal capitalismo, dalla globalizzazione, per noi dall'Europa. La questione semmai è quella di sapere quale mercato, quale capitalismo, quale globalizzazione e quale Europa favoriscano il benessere e la convivenza umana. E in questi termini è indispensabile ricordare che prima di pretendere di cambiare il mondo è necessario capirlo.

I protagonisti del 68, sospinti dalla crescita economica materiale e dal modello dei consumi che soffiava dall'America, sono stati sopraffatti dall'entusiasmo e non hanno avuto la necessaria pazienza; hanno imboccato scorciatoie rimuovendo gli insegnamenti delle generazioni precedenti. Penso in particolare a quanto era stato visto nei primi decenni del '900, quando le persone dei paesi più avanzati, nonostante e forse anche a seguito delle grandi scoperte in campo scientifico e artistico, avevano perso il contatto con la realtà.

Se la memoria delle mie letture disordinate - da autodidatta, di circa trentacinque anni fa - non sbaglia, la necessità della comprensione era stata chiarita per esempio nel testo di uno dei maestri della nota Scuola di Ginevra, Marcel Raymond, "De Baudelaire au surréalisme", Librairie José Corti. Uno di quei testi di cui bisogna tagliare le pagine, con l'elegante giacchetta bianco e viola, i colori del romanticismo, dei crocus che letteralmente bucano la neve, in primavera, quando si scioglie e che, per il momento, si possono ancora vedere ad esempio sul Generoso.

Oggi, per dirla con il titolo di uno storico economico che si è occupato anche di sanità, Carlo M. Cipolla, nella sanità e più in generale nel nostro vivere insieme, siamo confrontati con "un nemico invisibile". Un nemico invisibile che troviamo a tutti i livelli, da quello più locale dei fornitori di prestazione a quello più globale dei colossi dell'economia.

Ai colossi dell'economia Dome avrebbe potuto arrivare già prima con i suoi lavori di promozione della salute. Penso in particolare a quelli riguardanti la promozione di un'alimentazione sana, nella quale la chiave di volta non è innanzitutto l'abbinamento dei diversi alimenti - la dieta - bensì la qualità della materia prima,

in sintonia con le vecchie idee della saggezza popolare francese: “le ventre coûte toujours moins cher que le médecin!” e “pour ne pas salement mourir du progrès, il faut savoir manger”. Si mangi pure della carne di maiale, ma che sia della carne autentica. Si trova ancora, per esempio, nelle macchie mediterranee della Sardegna, dove per il momento si possono incontrare i maiali “selvatici”. Oggi, nonostante tutti i controlli, quello che fa difetto è la materia prima, perché la maggior parte degli alimenti è il risultato non più dell’incontro tra la mano di una donna o di un uomo e la terra, come avviene ancora a 4'000 metri di altezza nelle montagne himalayane per la coltivazione delle patate (là sono ancora buone: tu non sai quanto sono buone quando, provenendo dal Lago Rara, per superficie il maggiore del Nepal, nelle cui acque si specchiano i ginepri e i pini, dove incontri l’acqua turchese, dopo aver attraversato i monti e le vallate del Mugu, arrivi al villaggio di Pho, in Dolpo, una Terra promessa), ma della produzione standardizzata e artificiale del colosso agroalimentare.

I segnali che condannano gli alimenti chimici ci sono da tempo. In un testo, la cui prima versione risale agli anni '50 del secolo scorso, dal titolo che sarebbe piaciuto al Dome, “L’assassin est à votre table”, Robert j. Courtine sostiene che in Francia a quei tempi non c’era più la patata buona. Figuriamoci oggi, nell’epoca in cui regna il precotto.

Nel campo dell’alimentazione, la promozione della salute spetta dunque innanzitutto al Laboratorio cantonale, il già Laboratorio d’igiene, la cui denominazione, un tempo riservata anche al Dipartimento, era ben più nobile ed eloquente.

Quella volta Mario e io, cambiando il nome dell’Istituto, eravamo usciti di strada. Oggi si dimentica il significato primo dei concetti e con questo oblio si perde il contatto con la realtà. Basti pensare a termini generici o a barbarismi come “politica di genere”, “road map”, “start-up”, “free rider” (in italiano “sbafo”, in francese “resquilleur”): un fallimento decretato dall’inizio con la scelta di una simile etichetta.

Laboratorio cantonale, dicevo, al quale è stato affidato il compito dell’ispezione lattiera il 1° gennaio 2007, quando è stato sciolto il Servizio di ispezione e consulenza lattiera cantonale (SICL), il guardiano dei nostri alpi. Quelle Terre alte, oggi in Ticino minacciate - nel nome della non aggraziata (in dialetto i nostri vecchi avrebbero detto “disgraziata”), non intonata e disperata “visibilità” ufficiale - dalle Terre basse. Nella recente pubblicazione “Volti dell’alpe”, che ho ricevuto in questi giorni da Renato Bontognali, il già responsabile del SICL e già collega del Laboratorio cantonale, c’è, per chi sa ascoltare, una frase di non poco conto di un uomo dell’alpe: “Un mio amico diceva: c’è anche la libertà di non essere liberi”. Oggi si ha l’impressione che la maggioranza voglia castigarsi, preferisca stare “all’inferno”. Forse un giorno, dopo che gli economisti si sono arrestati al “dilemma del prigioniero”, capiremo “il paradosso dell’uomo libero”: l’obbligo di restare liberi per essere liberi. Forse il silenzio eloquente dei fatti e dei gesti degli uomini e delle donne dell’alpe - di quelle persone che hanno vissuto e che vivono “la mirabile sopportazione” della natura (“quella sopportazione che viene alle persone che lavorano duro e resistono al dolore, pur rimanendo affabili e gentili”) - ci permetterà di capire le contraddizioni del nostro modo di vita avanzato, ci permetterà di conoscere e contrastare quel nemico invisibile che sta nelle nostre idee, che ci fa perdere il tempo e lo spazio, la realtà, il rapporto con l’altro. Perché, come diceva la saggezza popolare, almeno nel Mendrisiotto, i mali vanno da dove vengono.

Marie Curie aveva ammonito: bisogna essere più interessati non alle persone, bensì alle idee. François Mitterand, nel confronto con Jacques Chirac, aveva detto di combattere non le persone del Front National, bensì la loro ideologia. Fra le astuzie per avanzare nella comprensione delle idee, potrebbe aiutare la questione del “diritto alla menzogna”. Un tema conosciuto, dibattuto alla fine del '700 dagli Illuministi; da una parte Kant, dall’altra Rousseau e Diderot. Diritto alla menzogna forse anche, ma a quali condizioni? Questa la questione per avanzare correttamente, per fare in modo che l’astuzia sia saggezza. Nella sua ricerca

della “poesia” il caro Dome è stato umano (alla Commercio di Bellinzona è stato allievo, come Riccardo, di Giorgio Orelli che una volta aveva detto al Genesio: sono andato presto in pensione, ho perso in soldi, però ci ho guadagnato in poesia), si è trovato spesso impigliato nel “nemico invisibile” perché ha avuto il coraggio di tentare il vortice della vita. È anche stato a tratti un po’ arlecchino servo di due padroni, ha avuto le sue contraddizioni, magari proprio rispetto alle semplici verità su cui insisteva, ha trasgredito e forse ha avuto delle perversioni, almeno nel senso della teologia morale, tutti veleni necessari per resistere (come piaceva precisare a Giorgio Orelli, per esistere) nelle nostre precarie condizioni; ha pure commesso i suoi tradimenti, i suoi “peccati mortali”, con i quali, al di là del coinvolgimento di altre persone, tradiamo innanzitutto e di sicuro noi stessi. Robert Doisneau, l’autore dell’immagine “Mademoiselle Anita”, uno dei riferimenti di Dome (è nota la sua passione per la fotografia), all’ultima domanda del questionario di Proust, “Il suo stato d’animo?”, aveva risposto: “più ricco di rimpianti che di rimorsi”. E anche il Dome, da uomo di “mare” (non amava solo la montagna), si aggrappava alle sue boe, ai suoi principi. Anche negli ultimi anni da funzionario, quando gli piaceva dire di essere nei “tempi supplementari”.

Tra i suoi principi è nota la prova del vaso di Rinaldo che il Cervantes riprese dall’Ariosto: la preferenza per la non conoscenza in modo da evitare il dolore. Forse quel principio, quella boa non gli permise di affrontare per tempo la sua malattia asintomatica, perché l’essere umano, per navigare nel mistero della vita, è forse condannato a dimenticare le boe e a imparare, come direbbe Sandra Petri, ad aggrapparsi alla sua sensibilità, al suo modo di sentire, a sé stesso, a vivere la “prigionemare” del presente in cui è collocato, in cui ha la propria origine e la propria fine. Ed è forse quanto ci ha suggerito John Maynard Keynes nel suo non sempre non ermetico scritto “Le mie prime convinzioni”, quando parlando del suo circolo di amici dice che avevano una religione, non un’etica. Quando evidenzia la necessità per loro di uscire dal solco della tradizione di Bentham: “oggi so che il benthamismo è il verme che ha allignato nelle viscere della civiltà moderna ed è responsabile della sua attuale decadenza morale”.

Eppure la categoria dell’“utile” è stata troppo importante e benefica, fin dall’apparizione dell’essere umano, come guida della sua azione, per essere abbandonata. Sarebbe folle privarsi del “bambino” per eliminare l’acqua sporca. La domanda allora, e ancora una volta, è sempre la stessa: quale utile? Di certo non l’utilità marginale di chi è soggetto al feticcio della concorrenza, di chi quantitativamente vuole sempre di più, di chi aspira a essere il primo a ogni costo. L’aveva spiegato bene Marcello Mastroianni, quando, commentando il disastro spaziale americano del 1986, aveva detto che andando avanti nella vita aveva capito come voler essere i primi a ogni costo non sia sempre ragionevole. La strada è un’altra; la strada è quella dell’utilità che si crea con l’emulazione, con l’incentivo, con l’esempio che si riceve dagli altri per sviluppare le proprie capacità. L’aveva osservato Fernand Braudel il noto storico del Mediterraneo, attorno al quale nel passato è fiorita l’economia di mercato, raggiungendo la sua espressione più compiuta, che rimane un modello tuttora valido. Un’economia in cui il prezzo del prodotto equivale al suo valore intrinseco, comprendente un guadagno netto appropriato per produttore e commerciante. Un’economia di mercato che punta non alla massimizzazione a ogni costo del feticcio del guadagno netto per il guadagno netto. Un’economia di mercato che mira innanzitutto a rendere un servizio, a dare delle risposte concrete ai bisogni degli altri. Poi evidentemente le cose, i conti devono quadrare: chi produce e chi commercia devono avere un guadagno netto commisurato ai loro bisogni. Si tratta di non spingere le cose avanti a ogni costo, di saper fare un passo indietro e focalizzarsi sulla qualità, per fare in modo che le cose si adattino come se fossero su misura. Ce l’ha spiegato recentemente un artigiano grigionese, anche lui senza nome, come tanti maestri medievali che costruivano le cattedrali. Seguendo questa altra strada allora forse le due categorie mondane dello spirito, l’utile e il bello, si troveranno conciliate.

Così è stata la vita di Dome, carica di umanità. Ed è per questa umanità che noi gli abbiamo voluto e gli vogliamo bene. Perché se fosse stato più “diritto” saremmo stati più insensibili, più indifferenti nei suoi confronti.

Giordano Bruno, uno dichiarato eretico e bruciato vivo sulla pubblica Piazza, nel “Sonetto in lode de l’asino” ha scritto che “Nessuna cosa dura / eccetto il frutto de l’eterna requie, / la qual ne done Dio dopo le essequie”.

Caro Dome anche noi, che ti abbiamo voluto bene e ti vogliamo bene, oggi ti diciamo la stessa cosa: sta’ bene, fa come “coloro che amando rincorsero il vento”.

Con affetto.

Ravecchia, 1°/5 maggio 2018

Giovanni (Petazzi)

P.S.

Per chi non è addentro alle cose dell’economia segnalo che le considerazioni al testo di Riccardo Crivelli sono integrate direttamente nel saluto a Gianfranco Domenighetti. Un grazie sentito al Paolo e al Tano per la loro prima lettura di una prima versione di questo scritto.

INTRODUZIONE

Molti soldi circolano nella sanità. Come mai?

Parto dall'idea – chissà, forse per alcuni un po' bizzarra - che la medicina e le cure basino la propria ragione d'essere sulla inevitabile corruttibilità e caducità dell'uomo, sul suo incedere in una sempre più lunga, ma finita esistenza, e pertanto sul suo conseguente affannarsi per emendare, riparare, curare e recuperare la sua salute. Ciò che l'uomo mette in gioco per curare, assistere e consolare se stesso e i suoi simili quando è ammalato, sembra dunque ispirato da necessità e da nobili sentimenti, e non si può che esprimere ammirazione e riconoscenza verso tutti quelli che offrono il proprio sapere e i propri servigi per questa causa.

Diciamoci però la verità: da tutte queste persone sarebbe troppo pretendere soltanto gratuita dedizione. Sebbene animate da elevati sentimenti, anch'esse devono vivere, guadagnarsi il pane, e lo devono fare, appunto, con l'esercizio dell'arte e della scienza della medicina e delle cure. Il legame tra la medicina e le cure, e il substrato materiale e vile, economico, dei mezzi occorrenti per tradurre i buoni intenti in azioni concrete, è perciò necessario. È, direi, non solo inevitabile, ma senza ombra di dubbio auspicabile.

Questo rapporto avrebbe dovuto essere la premessa per assicurare i mezzi e per conferire dignità alle professioni della salute. Ma nel corso del tempo le cose sono cambiate. Oggi l'economia ha talmente pervaso la sanità da metterne in pericolo la sua stessa ragione d'essere, quella - come dicevo - di curare gli ammalati. Il legame, da virtuoso è diventato vizioso. L'economia e la medicina, invece di dialogare, collaborare e lavorare per un fine comune, si sono avvinghiate l'una all'altra secondo non sempre chiare logiche d'interesse, rimescolandone i rispettivi scopi, per cui l'economia da mezzo si è trasformata in fine e la medicina da fine in mezzo. Riducendo ai minimi termini, si può dire che la medicina ha interiorizzato l'economia fino a tal punto da diventare sempre di più un mezzo anche per far soldi: quelli corretti, per assicurarle materiale e formale dignità, ma altri ancora.

Naturalmente questa dinamica non ha nulla a che fare con l'osservazione di uno specifico comportamento, ma è una dimensione di sistema. È su questo piano che bisogna mettere l'accento, non sul piano individuale, perché è a questo livello che bisogna indirizzare un discorso generale e di fondo. Direi di più: se è possibile che una fetta di operatori (medici, ecc.) si siano lasciati abbagliare dal danaro facilmente racimolabile con il proprio mestiere (cosa per altro valida per altre nobili attività...) una buona schiera degli stessi sono i primi a sentirsi a disagio. A lucrare nel, e sul, sistema non sono, né *in primis* né soltanto i medici o i loro colleghi curanti considerati individualmente, quanto l'insieme di tutte le figure, sempre più numerose e opache, che si aggirano nell'ormai vasto sistema sanitario.

Oserò spingermi ancora più in là, per affermare che la responsabilità ultima dell'attuale stato di sudditanza della medicina e del mondo della salute e della malattia all'economia e alle sue regole è diventata tutta politica. Per sua stessa natura è la politica ad essere chiamata a rimettere a posto le cose e a riassegnare agli uni e agli altri il proprio ruolo. Naturalmente, la politica dev'essere all'altezza del compito, cosa tutt'altro che certa di questi tempi, in cui essa stessa, analogamente alla medicina, all'economia e ad altre attività umane, sembra aver perso il lume della ragione, soggiogata com'è da innumerevoli interessi di natura prevalentemente egoistici.

Tutto questo deve essere provato, ed è quanto mi riprometto di fare, caro e fiducioso lettore, se avrai la bontà e la cortesia di seguirmi nel percorso che ti propongo. Ti avverto che non ti proporrò la solita trita e ritrita

tiriterà sui costi della salute e sulle fantasiose, infinite, inconcludenti e a volte indecenti strategie, misure e politiche sanitarie: tutte cose che puoi, se ne hai voglia, leggere, ascoltare e riascoltare ovunque, quanto, da chi e come vuoi *tantamque copiam*.

In un certo senso ti ho anticipato le conclusioni, ma non posso ovviamente strapparti il tuo assenso senza prima averti dato le mie ragioni. Anzi, vorrei mettermi e metterti alla prova, chiedendoti di confrontarti e quand'anche di contestare e cercare di demolire, se ci riuscirai, il mio discorso. Se ce la farai, per quanto mi concerne, otterrai perlomeno due effetti: io mi ritirerò in buon ordine a riflettere su qualche altro campo dell'umana natura ed esperienza, mentre tu potrai dire che il paziente - o, eventualmente, la persona - e non il danaro è ancora e sempre al centro dell'attenzione.

Capitolo I

Malati, ignoranti e prigionieri

La Legge universale della creazione dei malati

Nel 1923 Jules Romains¹ scrisse una *pièce* teatrale non solo gustosissima, ma di grande valore propedeutico (e letterario) tanto che – per questa e per altre opere e meriti - godette di notevole fama e riconoscimento pubblico, fino ad essere eletto tra gli “Immortali” dell’Académie Française. In essa, Romains svela e rappresenta l’intreccio perverso e decadente tra medicina ed economia.

I tre atti de *Knock ou le triomphe de la médecine* si svolgono in un paesino della provincia francese, Saint Maurice, all’inizio del ‘900.

Fresco (dice lui ...) di studi parigini, il giovane (Dr.) Knock giunge nella tranquilla località, dove sotto le benevoli cure del Dr. Parplais gli abitanti vi conducevano una sana vita di campagna. Pochi i problemi di salute, dunque pochi gli ammalati, poche le visite e poche le medicine prescritte dal medico, vendute dal farmacista e consumate dagli abitanti. Scarso anche il guadagno del Dr. Parplais, ovviamente, e pochi i vizi della propria consorte, il cui *look* non era certo dei più raffinati.

Questo quadro pressoché idilliaco, quasi arcadico, non piacque e non convinse Knock, che in realtà ivi era giunto per curare, visitare, prescrivere e, *ça va sans dire*, anche per fatturare e guadagnare.

Come fare se tutti sono sani?

Apparentemente insolubile, il problema fu presto e brillantemente risolto dall’intelligente e furbo Knock, il quale per l’occasione formulò una vera e propria legge (in qualità di medico o di economista?): tanti individui, tanti ammalati. Ossia: non esistono persone sane – la salute è un concetto desueto e fondamentalmente falso – ma solo persone più o meno malate. Qualcuno non sa di esserlo? Beh, basta dirglielo: non è forse il compito della diagnostica?

Insomma, i malati basta crearli.

Così, in poco tempo, tre mesi all’incirca, ecco il moltiplicarsi delle visite – che l’astuto Knock incoraggia attraverso originali strategie e adeguati incentivi² -, della sua cifra d’affari e di quella della farmacia del villaggio – il cui andamento al rialzo era osservato con piacevole incredulità dal titolare Mousquet ...

La “legge” del (Dr.) Knock sottende altre cose più sottili, in particolare postula il principio che la domanda di prestazioni sanitarie è potenzialmente illimitata e che, come vedremo tra poco, il consumatore di prestazioni sanitarie è per definizione un ignorante.

Potremmo a questo punto, come ne sono certo sarebbe forse tentato di fare qualche lettore, liquidare la faccenda dicendo che trattasi di una finzione, soltanto di letteratura. Sbaglieremmo. Prima di tutto, per il semplicissimo fatto che la letteratura –come la matematica - ha da sempre permesso all’uomo di capire meglio – e con garbo – il funzionamento e la bellezza/bruttezza del mondo, pregio in ogni caso di non poco conto. Ma di più: la verità è che a dire esattamente queste cose è anche la scienza e, per essa autorevoli studiosi e competentissime istituzioni.

Non è forse l’OMS – l’Organizzazione Mondiale della Sanità - , sicuramente non composta da una schiera di malcapitati, a dirci che la salute non è soltanto “assenza di malattia” ma è anche benessere fisico, psichico e sociale? Se così è, chi oserebbe alzare la mano e dire che nel corso della sua vita è sempre stato così “sano” da non aver mai avuto un problema fisico, psichico o sociale? Per quanto baciato dalla fortuna, un individuo in simile eroica situazione sarebbe una vera e propria rarità.

¹ Louis Henri Jean Farigoule, Saint-Julien Chapeuil, 26 agosto 1885 – Parigi, 14 agosto 1972.

² Che non svelo al cortese lettore, lasciandogli vergine la curiosità e intatto il gusto di andare a scovarli direttamente nella *pièce*.

Determinare con precisione il confine tra salute e malattia è impresa ardua se non impossibile, ed è proprio questa labilità e ambiguità a costituire il terreno fertile della creazione dei malati o, come si dice oggi – aggiornando la teoria del (Dr.) Knack – della “medicalizzazione della vita”, i cui meccanismi sono stati magistralmente studiati, rivelati e illustrati dal compianto Gianfranco Domenighetti, brillante fustigatore degli attori del sistema sanitario. La progressiva riduzione delle cosiddette “soglie” che definiscono lo *status* patologico, la diffusione, spesso e volentieri scriteriata e troppo facilmente mitizzata della diagnostica – coadiuvata oggi più che mai dalle infinite possibilità di applicazione delle nuove tecnologie legate allo sviluppo dell’informatica –, la continua e progressiva trasformazione di non-malattie in malattie, l’ambiguità tra il normale invecchiamento del corpo e i problemi di salute dell’anzianità (la cronicizzazione, le polipatologie ...), la legittimazione del ricorso alle prestazioni sanitarie fondata sul sistema assicurativo – fenomeno ben noto nella letteratura con il nome di “rischio morale” –, gli incentivi economici a produrre e consumare prestazioni sanitarie dovute alle modalità di remunerazione delle stesse. Un *mix* micidiale, un cocktail, una vera e propria bomba, una tempesta perfetta per produrre consumi, ovvero guadagni privati e inevitabili costi sociali.

Conoscenza, ignoranza e asimmetria dell’informazione

Idealmente, in uno scambio il venditore e l’acquirente dovrebbero confrontarsi ad armi pari, così da permettere ad ognuno di valutare con cognizione di causa il proprio interesse a concludere o meno l’affare. Detto altrimenti, ambedue dovrebbero disporre di un analogo potere, essere in grado di esprimere le proprie preferenze e poter decidere liberamente. Di tutte le condizioni necessarie affinché un simile *cas de figure* si realizzi ce n’è una che è di fondamentale importanza ed è che ambedue le parti dispongano delle stesse conoscenze e informazioni sul bene o sul servizio oggetto dello scambio in essere. Se una delle due parti disponesse di maggiori conoscenze o informazioni, avrebbe un vantaggio sull’altra, e in tal caso si configurerebbe quella situazione che i teorici chiamano di “asimmetria informativa”.

Naturalmente, nella realtà, situazioni di asimmetria informativa ne esistono molte e praticamente in ogni ambito della vita economica ed è assai raro il caso in cui venditore e acquirente dispongano esattamente della stessa quantità e qualità d’informazioni. Potremmo certamente andare alla ricerca di esempi, dell’uno e dell’altro caso, del venditore che conosce tutto o quasi della sua merce e l’acquirente che non ne sa niente, oppure di quest’ultimo che ne sa più del primo. Faccio un solo esempio, con riferimento a quest’ultimo caso: un conoscitore e appassionato di vini, che ha una sua cantina, che ha girato mezzo mondo in cerca di bottiglie pregiate, che si è informato e ha studiato l’enologia, cioè come si fa il vino, quali ne sono i pregi e quali ne sono i difetti, ecco, questo tipo di acquirente potrebbe trovarsi di fronte a un venditore sprovveduto, inesperto e incapace di valutare, cioè di dare un valore, al vino della propria bottega. Potrei continuare, ma lascio al lettore il compito, del resto non difficile, di trovare altri esempi, mentre io torno alla sanità per chiedermi e chiedervi: come la mettiamo qui con l’asimmetria dell’informazione?

Non sono certamente originale se affermo che qui, in sanità, conoscenza e ignoranza si contendono al massimo grado, conferendo al rapporto di scambio tra venditore e acquirente un particolare significato, del tutto speciale e unico. Benché la letteratura ne parli in lungo e in largo, spesso si fa finta di nulla, e si parla del “mercato” della sanità come se fosse un normale mercato, laddove sarebbero date tutte le premesse di un tipico regime concorrenziale, in particolare sarebbe data l’esistenza di una situazione di perfetta e reciproca conoscenza delle prestazioni di cura ed assistenza da parte di tutti. Ma così non è e, per dirla con la dovuta autorevolezza, permettetemi la traduzione di una dotta citazione:

*“Mancanza di informazione adeguata e asimmetria dell’informazione tra pazienti e fornitori di prestazioni sono alla base di diverse lacune di mercato nell’assistenza sanitaria.”*³

In che senso l’asimmetria informativa in sanità sarebbe unica e speciale? Innanzitutto in virtù della natura stessa del bene oggetto di scambio. Quando qualcuno si ammala o si ferisce ha un bisogno, il bisogno di guarire, di recuperare la propria salute. Ora, questo bisogno non può essere acquistato direttamente – non si può acquistare direttamente la guarigione e la salute – ma soltanto indirettamente, ossia attraverso l’acquisto di prestazioni sanitarie offerte dai cosiddetti fornitori di prestazioni (medici, altri professionisti della salute, ospedali, laboratori, farmacie, ...): prestazioni che a loro volta dovrebbero permettere la guarigione e il ricupero della salute. Il bisogno di guarigione si trasforma dunque in domanda di prestazioni sanitarie. Ma quale bisogno e quali prestazioni? Il primo indizio di asimmetria riguarda la natura del bisogno stesso: chi si ammala, o chi semplicemente vuole sapere se è effettivamente ammalato o meno, se si rivolge al medico gli chiede prima di tutto di precisargli cos’ha, cioè gli chiede una diagnosi, gli chiede di definire e dare un nome alla malattia che lui stesso, pur “sentendo” un bisogno, non sarebbe in grado di precisare da solo, o sarebbe eventualmente in grado di precisare, ma forse soltanto parzialmente e senza esserne del tutto sicuro. Si deduce da ciò che già sul piano della natura dei bisogni, l’ignoranza dell’acquirente – che più precisamente possiamo chiamare paziente⁴, se vogliamo evidenziarne la dimensione clinica, o consumatore, se vogliamo per contro evidenziarne la dimensione economica – porta dritti a un rapporto di dipendenza: il paziente-consumatore dipende dal medico già solo per il fatto di rivolgersi a lui per chiedergli di dirgli cos’ha o non ha. Ma, ovviamente, c’è dell’altro, poiché il “bisogno” di conoscere la diagnosi non è che la prima parte del bisogno totale, che per finire è quello di guarire. Il secondo indizio di asimmetria riguarda pertanto le prestazioni che sarebbero necessarie per guarire e che il paziente-consumatore, pur cognito della diagnosi, ancora una volta non è in grado di definire da solo: il rapporto di dipendenza aumenta ulteriormente se al bisogno di conoscenza diagnostica aggiungiamo il bisogno di prescrizione terapeutica.

Surrettiziamente, ho messo l’accento sul paziente in quanto tale, interessato *in primis* a soddisfare il proprio bisogno di salute. Ma, come detto poc’anzi, il paziente è anche paziente-consumatore: in questa veste egli è interessato anche come soggetto economico, essendo chiamato in un modo o nell’altro, secondo specifiche modalità, a pagare la prestazione che gli viene offerta ed erogata. E qui s’insinua un ulteriore, terzo, indizio di asimmetria informativa, ossia la conoscenza, rispettivamente la non-conoscenza o l’ignoranza del prezzo della prestazione.

Secondo le basi della teoria economica il prezzo rappresenta il cardine del mercato e della concorrenza: il venditore e l’acquirente, se vogliono effettivamente realizzare lo scambio che massimizzi l’interesse di ognuno, devono proporre, discutere e stabilire un prezzo, senza la conoscenza del quale è impossibile che lo scambio abbia effettivamente luogo nei termini auspicati da ambedue le parti. Questo vale per principio in ogni circostanza e per qualsiasi tipo di scambio: per la compravendita di una casa, di un’automobile, di un biglietto del teatro, di un servizio *internet*, e così via. Chiediamoci allora: vale anche in sanità? Vale anche per una visita medica?

Dovrebbe valere, se ci fosse un vero e proprio mercato sanitario, ma così non è e mi piace qui ricordare il basilare articolo di Kenneth Joseph Arrow, premio Nobel per l’economia nel 1972, pubblicato in *The American Economic Review* nel dicembre del 1963 con il titolo “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, nel quale l’Autore evidenzia tutta una serie di specificità del “mercato” delle prestazioni e dei servizi sanitari⁵. Chi va dal medico è incerto sulla prestazione che gli verrà proposta – che difficilmente conosce a priori – e normalmente non discute di prezzi con il medico, o meglio, non discute di prezzi nella

³ *Lack of adequate information and asymmetric information between patients and providers underlie many of the market failures in health care.* Frank.A. Sloan, Chee-Ruey Hsieh, *Health Economics*, The M.I.T. Press, 2016, p. 762.

⁴ Tornerò in seguito sull’uso disinvolto di questa parola.

⁵ Kenneth J. Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, in *The American Economic Review*, volume LIII, December 1963, Number 5, pp. 941-973.

misura in cui è sicuro che la prestazione che gli verrà offerta sarà coperta dalla propria assicurazione malattia⁶. In effetti, si osserva che in un regime assicurativo non vi sono semplicemente due parti allo scambio – il venditore e l’acquirente – ma tre, poiché occorre aggiungere l’assicuratore. Ne risulta un quadro più complesso, con il venditore (fornitore di prestazioni) che, invece di discutere del prezzo con l’acquirente (assicurato) discute di una tariffa con l’assicuratore malattia, mentre quest’ultimo discute di un premio con l’acquirente/assicurato.

Tariffe e premi sostituiscono così il prezzo. Si capisce che la relazione diretta tra il venditore e l’acquirente è spezzata ed è sostituita da un *mariage à trois*, più complesso e complicato e, soprattutto più opaco e tale da mettere in difficoltà proprio la parte più debole, quella che più è toccata dall’asimmetria dell’informazione, cioè proprio l’acquirente, paziente-consumatore “ignorante”, il quale per finire non conosce a priori assolutamente nulla: né la diagnosi, né la terapia, né il prezzo.

Mercato, ottimo paretiano, dilemma del prigioniero ed equilibrio di Nash

Mi rendo conto che sto per affrontare una questione astrusa, che richiede un po’ di capacità di astrazione. Cionondimeno, visto che intendo dimostrare che i diversi attori sulla scena della sanità non riescono a trovare – o non vogliono trovare – una migliore situazione rispetto all’attuale, e visto che alcune belle teste hanno studiato a fondo caratteristiche e conseguenze teoriche di situazioni analoghe, invito ugualmente il lettore a seguirmi in questo sforzo. Uno, se vuole, potrebbe anche *jump to conclusions*: lo può fare benissimo, purché non dubiti poi delle stesse, mancandogli il percorso concettuale a loro sostegno.

Prima di partire, preciso ancora che in un secondo momento, quando appunto cercherò di trarre delle conclusioni pro causa, farò riferimento agli attori o giocatori – chiamiamoli così – della sanità, tre dei quali già li abbiamo incontrati – i venditori/fornitori di prestazioni (medici, curanti, ospedali, case per anziani, farmacie ...), gli acquirenti (assicurati/pazienti/cittadini) e gli assicuratori malattia, mentre un quarto, cioè lo Stato, lo aggiungerò in seguito.

Quando ci sono in gioco interessi individuali e un interesse collettivo – come avviene nel mondo reale – possiamo chiederci fino a che punto il perseguimento dei primi è compatibile con il secondo: se tutti fanno il proprio (egoistico) interesse, ne risulta per la società nel suo insieme il miglior risultato possibile? Secondo Adam Smith, il grande filosofo ed economista scozzese⁷, è possibile dimostrare che, senza alcuna regola particolare imposta da chicchessia, e a condizioni ideali di concorrenza pura e perfetta, se ognuno fa il proprio interesse il risultato sarà il migliore per il singolo e per l’insieme: l’interesse collettivo è la somma degli interessi individuali, ed è il migliore possibile. Questo risultato è indubbiamente affascinante e non sorprende affatto che esso sia ancora, sempre e ovunque, citato a proposito e a sproposito a supporto di qualsiasi tipo di affare. Adam Smith non era certamente uno sprovveduto e aveva preso le sue cautele, precisando bene le condizioni di applicazione dei suoi principi. Non così tanti altri, che pur di legittimare il proprio interesse, invocano tutt’ora e incondizionatamente la validità universale delle “leggi” di mercato di Adam Smith e del suo importante corollario. Naturalmente si potrebbe qui seguire la strada della verifica concreta della teoria, a sapere fino a che punto essa abbia trovato e trovi riscontro nella realtà socio-economica di tutti i giorni.

In effetti, anche solo pensando alla sanità, numerosissimi autori hanno rilevato e documentato le cosiddette *market failures*, cioè le lacune del mercato che fanno sì che il perseguimento degli interessi individuali non

⁶ Le cose, a dire il vero, si complicano ulteriormente perché secondo il regime assicurativo che conosciamo, una parte delle prestazioni è coperta dall’assicurazione sociale obbligatoria di base, mentre una parte può essere coperta dalle assicurazioni volontarie private complementari.

⁷ Adam Smith, *Kirkcaldy*, 5 giugno 1723 – Edimburgo, 17 luglio 1790.

porti al miglior risultato collettivo. Per ora, preferisco tuttavia continuare con chi osa seguirmi per un'altra strada, più tortuosa ma non per questo meno seducente.

Quando si configura una situazione in cui non è più possibile migliorare la posizione di qualcuno senza peggiorare quella di qualcun altro, questa situazione è detta di *ottimo paretiano*, espressione che ci riconduce ad un'altra bella mente, quella di Vilfredo Pareto⁸, economista, ma anche sociologo, ingegnere, filosofo e matematico italiano.

Attraverso lo studio delle “azioni logiche ripetute in gran numero, che fanno gli uomini per procacciarsi le cose che soddisfano ai gusti loro”, Pareto giunge alla prova “matematica” di un concetto generale di equilibrio economico: quello stato, appunto, in cui tutti traggono il maggior beneficio per cui qualsiasi scostamento genererebbe una situazione svantaggiosa almeno per qualcuno. Questa è economia pura, e la dimostrazione paretiana è fatta a colpi di condizioni, tanto restrittive quanto necessarie, tali da renderne il risultato elegante, quanto improbabile. Così, trasformando il mercato di Adam Smith in un equilibrio economico generale, Pareto sembra dimostrare una volta per tutte e su solide basi scientifiche che non esiste miglior sistema per soddisfare i bisogni degli individui e della società nel suo insieme che quello di affidarsi al mercato. È tuttavia curioso che lo stesso Pareto, in questo non meno cauto di Smith, abbia più volte precisato che il mondo reale possa divergere dal mondo teorico:

*“Ma il fenomeno studiato dall'economia pura diverge talvolta poco, talvolta anche molto, dal fenomeno concreto; e spetta all'economia applicata di studiare quelle divergenze, mentre sarebbe propriamente vano e poco ragionevole il pretendere di regolare i fenomeni concreti colle sole teorie dell'economia pura.”*⁹

L'avvertimento di Pareto mi sembra fin troppo chiaro: attenzione, sembra voler dire, alle *market failures* ... Anche qui potrei intraprendere il sentiero degli esempi, che già una volta ero tentato di proporre al lettore, e che non sarebbe cosa eccessivamente difficile da fare, ma ancora un volta m'impongo di continuare sulla via maestra intrapresa.

In effetti grazie ad altre due menti immense, le certezze smith-paretiane sulle pur condizionate virtù del mercato si sono rivelate meno solide di quanto sembrassero: una è quella di Albert Tucker¹⁰, grande matematico canadese, l'altra è quella di un suo brillantissimo studente, John Nash jr.¹¹, - eh sì, proprio lui, quello di *A beautiful mind* - pure egli matematico, ma anche economista, di nazionalità statunitense.

Tucker è conosciuto (forse non dal grande pubblico) per aver illustrato il modello teorico di gioco non collaborativo, nonché il suo paradosso, noto come “il dilemma del prigioniero”¹², secondo il quale si dimostra che il perseguimento del proprio interesse da parte di ogni “giocatore” non porta automaticamente a un interesse collettivo ottimale ma, anzi, può portare a quella che si chiama una allocazione inefficiente delle risorse. Nash, dal canto suo, ha consolidato questo risultato, dimostrando matematicamente l'esistenza di un equilibrio per qualsiasi gioco con un numero finito, per quanto grande, di giocatori e di strategie, e che questo equilibrio non corrisponde necessariamente a una situazione di ottimo paretiano.

⁸Vilfredo Federico Damaso Pareto, Parigi, 15 luglio 1848 – Céligny, 19 agosto 1923. Purtroppo la biografia di Pareto include un'amicizia “infelice”, quella con Benito Mussolini, che a partire dalle iniziali simpatie acquisite tra il 1902 e il 1904 allorché Mussolini si trovava in Svizzera e seguiva le lezioni di Pareto (professore ordinario di economia politica all'Università di Losanna sin dal 1894), sfociò nel 1923 nella nomina – mai tradottasi effettivamente per un problema di documenti ... – di Pareto a Senatore del Regno.

⁹ Vilfredo Pareto, *Manuale d'economia politica con introduzione alla scienza sociale*, 1919, Cap. III. Concetto generale dell'equilibrio economico, p. 141

¹⁰ Albert William Tucker, Oshawa, Ontario, 28 novembre 1905 – Hightstown, 25 gennaio 1995.

¹¹ John Forbes Nash jr., Bluefield, 13 giugno 1928 – Monroe, 23 maggio 2015.

¹² La cui paternità va però attribuita a due altri studiosi, Merrill M. Flood e Melvin Dresher, datata 1950.

Il “dilemma del prigioniero” è stato utilizzato durante il periodo della guerra fredda, negli anni '50 del secolo scorso, come modello teorico per spiegare il *cul de sac* in cui si erano infilati all'epoca USA e URSS (i due delinquenti imprigionati) nella corsa agli armamenti. Penso che esso spieghi bene anche l'*impasse* in cui si trova il sistema sanitario, che da anni sembra essere imprigionato in un equilibrio di Nash non ottimo-paretiano, dove ognuno degli attori principali (prigionieri) persegue il proprio interesse ignaro degli interessi degli altri e, soprattutto, ignaro dell'interesse di tutti. Questa situazione è infatti dovuta alla combinazione di due fattori: il primo è il mantra del mercato e del suo surrogato, la concorrenza, che sono ostinatamente evocati quali meccanismi capaci di dare il miglior risultato possibile (ottimo paretiano); il secondo è la debolezza (o pseudo-presenza) della razionalità collettiva, ossia delle regole di cooperazione e del loro corollario, cioè dell'Autorità che le deve far rispettare. Ciò che tradotto in concreto significa per finire debolezza o assenza della politica.

Ho sviluppato – o meglio, ho più che altro evocato – il “dilemma del prigioniero” perché penso che possa illustrare bene il paradosso nel quale si trova oggi il sistema sanitario svizzero, dove perdente alla fine della fiera è l'interesse generale. Avrei potuto riferirmi ad altre figurazioni o metafore, come quella manzoniana dei polli di Renzo, che riprendo qui soltanto in nota¹³, o come quella del gioco delle tre carte. Tuttavia “il dilemma del prigioniero” mi sembra più appropriato e più solido, più convincente e meno irriverente (non c'è minchioneria e non ha niente di truffaldino ...), nonostante l'indubbia teatralità della situazione.

È interessante al riguardo il riferimento a quella sorta di rituale che si ripete di anno in anno a fine estate quando l'Autorità federale annuncia gli aumenti dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria per l'anno successivo. Come noto, questi aumenti dei premi delle casse malati si ripetono senza sosta e a ritmi sostenuti, cosicché ogni anno assistiamo a una ormai noiosa, inconcludente ma ben collaudata messinscena. Chi sono, che interessi hanno e cosa rappresentano gli attori?

Per l'occasione, i fornitori di prestazioni (medici, ospedali, ...) stanno piuttosto sulle difensive poiché su altri palchi, dietro quinte protette e in anticipo sui tempi, hanno già negoziato con le casse malati – non senza sforzi e con le dovute pezze giustificative – gli aumenti di tariffa opportuni. Dunque stanno in campana, sapendo che aumenti di tariffa significano inevitabilmente aumenti di premio. Passano pertanto la palla nel campo degli assicuratori malattia, i quali non possono ovviamente ammettere alla luce del sole eventuali concessioni tariffali fatte ai fornitori di prestazioni, per cui tendenzialmente preferiscono passare oltre la palla nel campo degli assicurati-cittadini. Questi infatti avrebbero sempre più bisogni sanitari perché più viziosi, più vecchi e malati e dunque richiederebbero sempre più prestazioni. S'insinua, come si vede, una traslazione argomentativa, uno scivolamento dai prezzi alle quantità: i premi della casse malati aumentano non tanto perché aumentano le tariffe (prezzi), ma perché aumentano le prestazioni domandate dagli assicurati. Questi ultimi, (dis)orientati politicamente a dritta e a manca, non sanno che pesci pigliare e, subendo l'aumento dei premi, mugugnano sorretti dalla stampa e se la prendono un po' con tutti, riversando tuttavia le proprie frustrazioni sullo Stato che sembrerebbe inerme e non tutelerebbe a sufficienza l'interesse comune, senza tuttavia arrivare fino in fondo, cioè senza osare una rimessa in discussione sostanziale delle regole¹⁴.

Il risultato è un equilibrio di Nash “dinamico” – che va avanti di anno in anno – e non “ottimo-paretiano” – poiché l'interesse generale potrebbe migliorare, ma nessuno è disposto a cambiare la propria posizione.

Caro lettore, con la teoria per ora mi fermo qui. Il prossimo capitolo cercherà di illustrare più in dettaglio il “dilemma del prigioniero” in cui si trova il sistema sanitario svizzero attraverso l'esame di alcune

¹³ Alessandro Manzoni, ne *I promessi sposi* ci illumina sull'incapacità di accordarsi per un comune interesse – soprattutto tra deboli – con l'episodio dei capponi portati a testa in giù da Renzo in omaggio all'avvocato Azzecagarbugli. Scrive Manzoni che le bestie “s'impegnavano a beccarsi l'una con l'altra, come accade troppo sovente tra compagni di sventura.”

¹⁴ Mi riferisco ovviamente ai reiterati tentativi di cambiare l'attuale sistema assicurativo, rimbalzati più volte in votazione popolare.

problematiche maggiori che da anni sono denunciate e più o meno da tutti riconosciute, ma che nessuno vuole o riesce a scardinare.

Per concludere, prova a mettere insieme la legge della creazione dei malati, la conoscenza e l'ignoranza, il "dilemma del prigioniero" e l'equilibrio di Nash non ottimo-paretiano, e avrai un bel quadretto della situazione.

Capitolo II

I vizi (soltanto alcuni) capitali del sistema sanitario

Un finanziamento incomprensibile

Sono costretto, questa volta, ad iniziare con delle cifre. No, no, non voglio tediarti, caro lettore ... lasciarmi solo darti due dati in croce. La spesa sanitaria nazionale, che era meno di 40 miliardi di CHF nel 1995, ha raggiunto nel 2016 il livello di 80 miliardi di CHF, corrispondenti a 10'000 CHF per abitante e al 12% del prodotto nazionale lordo¹⁵. Risorse importanti, che tutti gli osservatori considerano al limite del sopportabile e il cui ritmo di crescita non è ritenuto sostenibile in futuro, tant'è vero che da qualche anno a questa parte qualcuno ha cominciato ad interrogarsi sulla capacità di tenuta o perennità del sistema per le future generazioni¹⁶. Naturalmente questo è un tema, anzi è, assieme al suo corollario cioè a quello dell'accessibilità alle cure, il TEMA del sistema sanitario, ed è a mio giudizio il risultato espresso nella sua massima sintesi dell'applicazione dei meccanismi che compongono il quadretto illustrato nel primo Capitolo. Come fa la società a mobilitare così tante risorse? Da dove provengono, dove vanno e attraverso quali canali passano? Rispondere a questa fondamentale domanda è, penso, indispensabile se si vuole in un qualche modo cercare di capire le ragioni della crescita ormai insostenibile della spesa sanitaria e, conseguentemente, tentare di uscire dall'attuale "dilemma". Oso dunque affrontare la questione, che è quella del finanziamento. Non posso discettare compiutamente su tutti i complessi flussi di danaro che circolano nella sanità, per cui concentrerò la mia attenzione soltanto su due aspetti "maggiori" della regolazione finanziaria del sistema: con il primo intendo rivelare, cioè mettere in luce, una realtà che ritengo sottaciuta – volutamente o no, non lo saprei dire – ma estremamente marcante dell'insieme della sanità nazionale; con il secondo la mia *zoomata* sarà ancora più mirata e incisiva, e si focalizzerà sul finanziamento degli ospedali, ossia su un tassello non irrilevante dell'offerta sanitaria.

Qual è dunque questa realtà, che ho detto essere sottaciuta? È che, riprendendo il titolo del Paragrafo, essa è incomprensibile. Questa affermazione mi mette indubbiamente in difficoltà perché, come qualcuno si sarà accorto, rischio di avventurarmi in una selva oscura senza sapere se riuscirò ad uscirne. Con che logica, infatti, propongo al lettore la comprensione di qualche cosa che ritengo incomprensibile? In realtà, ciò che vorrei mostrare non è tanto l'incomprensione tecnica dei flussi finanziari della sanità svizzera che, per quanto complessi (e complicati) con uno sforzo potremmo ancora capire, ma l'incomprensione politico-filosofica, ossia l'incomprensione del perché questi flussi si configurano così come sono. In ogni caso, è un fatto che per la stragrande maggioranza dei cittadini il sistema è poco chiaro.

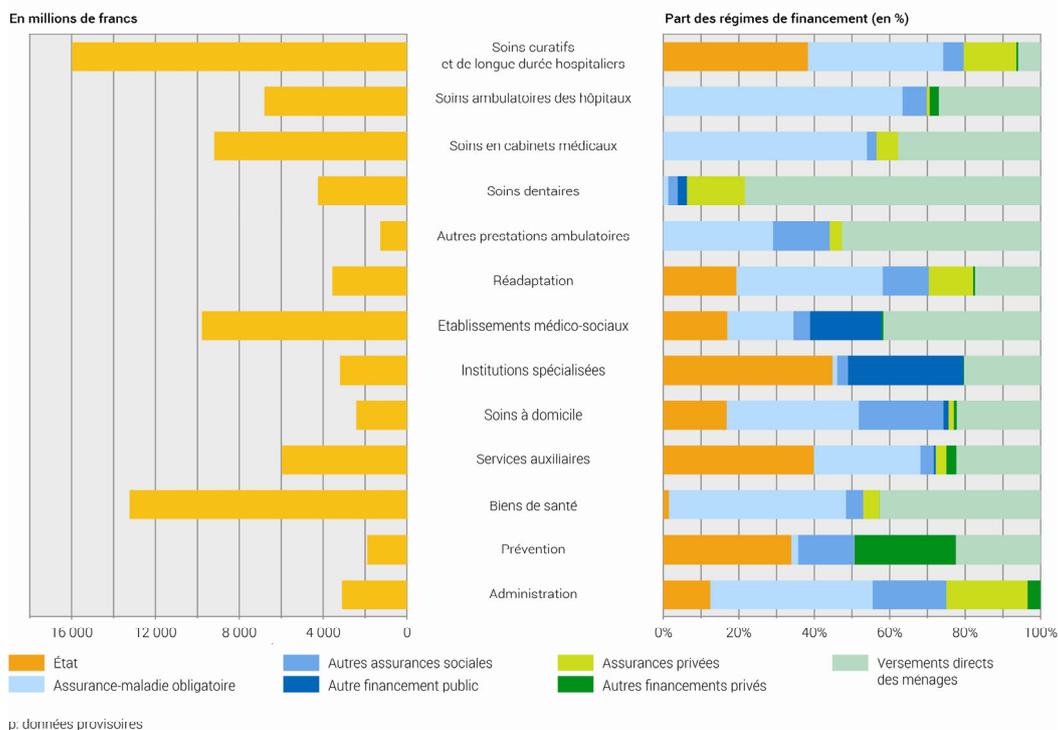
La prima constatazione che dobbiamo fare è che non c'è un unico modo di regolazione dei flussi finanziari sanitari ma ce ne sono diversi. La lettura del "conto sanitario" è rivelatrice di questa diversità e può essere fatta secondo il regime di finanziamento, la fonte di finanziamento, il fornitore di beni e servizi sanitari o ancora secondo le prestazioni erogate: da qualsiasi punto di vista lo si guardi, il totale è sempre lo stesso e assomma come detto (2016) a 80 miliardi di CHF. L'Ufficio federale di statistica (UFS) pubblica queste cifre aggiornandole ogni anno, riassumendole anche in uno schema sinottico, che il lettore è invitato a consultare.

¹⁵ Per scrupolo di precisione, avverto che le cifre riportate sono nominali, corrispondenti agli anni di riferimento. Per valutare il peso reale dell'aumento della spesa sanitaria bisognerebbe deflazionarla o indicizzarla a un anno-base, distinguerla dalle altre spese che compongono il PIL e tener conto della variazione della popolazione. Non sono di per sé operazioni troppo complesse, ma non le propongo qui per non "sviare" l'attenzione dalla sostanza, che anche se fosse ricalcolata nel senso indicato non lascerebbe ombra di dubbio sulla problematicità in esame. Nulla osta al lettore scrupoloso di verificare i dati e le cifre facendo capo alle fonti ufficiali e istituzionali.

¹⁶ Tra chi si è posto e si pone il problema cito l'Accademia svizzera delle scienze mediche, la quale già alcuni anni or sono (2013) ha pubblicato un interessante documento intitolato *Médecine durable*.

Ho l'impressione che, per quanto semplificato, e in prima battuta, lo schema dissuada il lettore dall'entrare nei dettagli; eppure è uno schema prezioso, dal quale si evince la complessità dei flussi e che permette con un ulteriore, piccolo, sforzo, di ricostruire l'essenza del disegno finanziario, ma anche politico, che sta dietro l'intero sistema. Per non abusare della tua disponibilità, caro lettore, delle innumerevoli chiavi di lettura e analisi che si potrebbero fare a partire dallo schema, te ne propongo una soltanto, quella di considerare il finanziamento sanitario in relazione al tipo di prestazioni e secondo il regime di finanziamento associato ad ognuna di esse: vorrei così illustrarti quanto sono diverse le modalità di finanziamento delle prestazioni [bada bene, nello stesso sistema sanitario] in risposta alla seguente domanda: qual è la parte assunta dallo Stato, dall'assicurazione malattia obbligatoria (LAMal), dalle altre assicurazioni sociali, dagli altri enti pubblici, dalle assicurazioni private, dagli altri enti privati e infine direttamente dalle economie domestiche (dei contribuenti) per finanziare le prestazioni acute degli ospedali, quelle in degenza e quelle ambulatoriali, le prestazioni degli studi medici, le cure dentarie, le altre prestazioni ambulatoriali, la riabilitazione, le cure in casa per anziani, le cure in istituti specializzati, le cure a domicilio, i servizi ausiliari, i beni di salute (medicamenti), la prevenzione e l'amministrazione? La risposta la trovi illustrata qui sotto, in un doppio diagramma, pure pubblicato dall'UFS:

Financement des dépenses de santé par type de prestations, selon le régime de financement, en 2016^p



Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU), modèle révisé 2017

© OFS 2018

Il diagramma di sinistra illustra il peso finanziario in milioni di CHF dei principali tipi di prestazioni: come si vede, ai primi posti troviamo le cure ospedaliere e i beni e servizi, cioè i medicinali. Seguono le case per anziani e gli studi medici. Più interessante ai fini del mio discorso è però il diagramma di destra dove, appunto, sono rappresentati, suddivisi per tipo di prestazioni, i diversi regimi di finanziamento ad esse associati. Si vede subito come ogni tipo di prestazioni sia finanziato in modo diverso, il che significa che l'onere assunto di volta in volta dai finanziatori – dallo Stato, dalle assicurazioni sociali, ecc.- cambia. Guarda lettore, per esempio, la parte dello Stato (in arancione): per alcuni tipi di prestazioni è completamente assente (cure ambulatoriali degli ospedali, studi medici, cure dentarie) o praticamente nulla (medicamenti), mentre per altri tipi di prestazioni appare assai rilevante (cure ospedaliere in degenza, istituti specializzati, riabilitazione, ...). Guarda invece la parte assunta dall'assicurazione malattia obbligatoria di base (in blu chiaro). Vedi? Anch'essa varia non poco, sebbene in modo meno marcato, ma pur sempre molto ampio, con

gli estremi che vanno da una presenza minima (cure dentarie, istituti specializzati, prevenzione) a una presenza piuttosto consistente (cure ambulatoriali negli ospedali, studi medici, medicinali). O ancora per finire, guarda la parte assunta direttamente dalle economie domestiche (in verdino), detta in gergo *out of pocket*: ancora una volta puoi constatare una volatilità estrema, con un carico “residuale” contenuto per alcuni tipi di prestazioni (cure ospedaliere, cure a domicilio) ma molto oneroso per altri (cure dentarie, studi medici, farmaci, altre prestazioni sanitarie, case per anziani). Sorprende l’esigua quota assunta dalle assicurazioni private (in giallognolo). Sorprende, in prima battuta, perlomeno per tre ragioni: per il peso “politico” che esse hanno nel sistema, per i rendimenti che riescono a ottenere e per la difesa a oltranza di un sistema sanitario di mercato/concorrenziale, quando esso è invece massicciamente a carico dello Stato e delle assicurazioni sociali. Sono meno sorpreso, tuttavia, se considero il fatto che i titolari dell’assicurazione privata sono gli stessi che esercitano l’assicurazione sociale e che è attraverso quest’ultima che riescono ad accaparrarsi le assicurazioni complementari, nelle quali sono legittimati a lucrare.

La realtà che emerge da questa analisi è, penso, importante, perché mette sotto la luce del sole l’incomprensione del sistema, nel senso dell’estrema difficoltà per l’uomo λ – l’uomo qualunque, come dicono i Francesi – di capirci qualche cosa e soprattutto di capirne il senso. Diciamo che, a prescindere dalle rilevanti conseguenze di tale stato di cose, ciò non aiuta la trasparenza del sistema.

C’è un secondo aspetto, come ho preannunciato, che vorrei evidenziare e che in un certo senso illustra, amplificandola, la suddetta realtà. Si tratta del finanziamento degli ospedali o meglio – in termini giuridici – della remunerazione delle prestazioni ospedaliere. Premetto che, per essere puntigliosi, ci sarebbero non pochi distinguo da fare, ma mi limito a una unica precisazione (che raramente, quando è coinvolta l’opinione pubblica, viene opportunamente fatta): parlando di finanziamento ospedaliero il riferimento è a quanto previsto dalla Legge federale sull’assicurazione malattia (LAMal) del 18 marzo 1994, la quale – ed è proprio questo che dev’essere rilevato – è un’assicurazione malattie sociale e obbligatoria. Ora questa legge prevede che la remunerazione delle prestazioni ospedaliere è assunta dal Cantone (cioè dallo Stato, finanziato prevalentemente con le imposte) e dagli assicuratori (cioè dall’assicurazione sociale e obbligatoria, finanziata coi premi degli assicurati) secondo la loro rispettiva quota-parte che, prescrive ancora la stessa legge, deve essere di almeno del 55% a carico del Cantone (e dunque al massimo del 45% a carico degli assicuratori). Convieni, caro lettore, che già questa cosa sembra piuttosto strampalata e capirne la logica che sta dietro non è facile. Supponiamo che questa regolamentazione sia il frutto di un compromesso politico. Ma c’è di più: questo regime finanziario non vale soltanto per gli ospedali pubblici ma anche per le cliniche private: queste ultime dunque – che possono godere della tutela dell’articolo 31 della Costituzione federale sulla libertà di commercio e d’industria – sono finanziate dallo Stato e da un’assicurazione sociale obbligatoria. Provate a spiegare al vostro amico spagnolo o ai vostri studenti internazionali di scienze politiche che gli ospedali pubblici e privati beneficiano dello stesso regime di remunerazione, che essi negoziano per via convenzionale una tariffa, che questa è suddivisa in due parti, di cui quella più onerosa è a carico dei Cantoni e quella più piccola a carico dell’assicurazione malattia sociale obbligatoria, che la libertà d’industria e di commercio vale per le cliniche private ma non per gli ospedali pubblici ...

Per concludere: non era mia specifica intenzione in questa sede quella di sviluppare una critica generale sul finanziamento in sé del sistema sanitario svizzero, benché sia persuaso che ci siano non poche buone ragioni per farlo. Piuttosto e coerentemente con quanto preannunciato, il mio scopo era quello di evidenziarne l’opacità, la complicazione, le difficoltà di comprensione, e dunque l’impossibilità di rivedere o migliorare lo stato attuale delle cose. Capire qual è l’*enjeu* e districarsi in questo groviglio non è facile e potremmo pensare che gli interessi in gioco siano tali da configurare una situazione di “dilemma del prigioniero” dalla quale non sarà facile, in base alle regole attuali, uscirne facilmente.

La doppia-doppia velocità della medicina e delle casse malati

La ripetizione della parola “doppia” nel titolo di questo paragrafo non è una svista, ma è il ricorso ad una forma retorica – la ripetizione appunto – per evidenziare anche nella forma un concetto. L’espressione “medicina a doppia velocità” è spessissimo sulle labbra di politici, attori della sanità, esperti e mass-media, ed è brandita come minaccia di una deprecabile prospettiva qualora si cambiassero troppo le regole del gioco rispetto alla situazione attuale. È in altre parole l’affermazione dell’inerzia di un equilibrio (equilibrio di Nash) che nessuno vuole realmente rimettere in discussione perché non ha nessun interesse a farlo. Questo anche se qualcuno può non essere completamente soddisfatto della propria situazione.

Il fatto è, come cercherò di dimostrare, che la medicina a più velocità non è affatto un’ipotetica situazione futura ma è già la realtà odierna, effettiva. Vediamo.

Innanzitutto il significato. Si ha una situazione di medicina a doppia o a due velocità in un sistema sanitario dove esistono dei pazienti A e dei pazienti B: i primi hanno accesso senza restrizioni a tutte le prestazioni di cui hanno bisogno, secondo lo *state of the art* della medicina e secondo i massimi gradi qualitativi e di sicurezza possibili; i secondi, per contro, hanno accesso a un catalogo limitato di prestazioni ma non a tutte, eventualmente non a quelle ritenute troppo costose. In questa situazione, il sacrosanto principio dell’accesso universale alle cure non è garantito: lo è completamente soltanto per una parte dei cittadini, mentre per l’altra lo è soltanto parzialmente.

Veniamo al sistema sanitario svizzero. Così come esistono passeggeri di 1^a e di 2^a classe per i treni delle FFS, esistono cittadini che dispongono unicamente di una polizza assicurativa per le prestazioni di base (assicurazione obbligatoria e sociale, LAMal) e cittadini che dispongono, in più, di una polizza assicurativa privata complementare (assicurazione facoltativa LCA). La prima assicura la copertura finanziaria parziale di un certo numero di prestazioni contenute in un catalogo uguale per tutti, la seconda assicura la copertura finanziaria (parziale o totale) di prestazioni non predefinite – non esiste un catalogo -, concordate tra l’assicurato e l’assicuratore malattia singolarmente in base ai “prodotti” offerti da quest’ultimo. La prima contiene dei principi sociali – solidarietà tra uomini e donne, tra giovani e anziani, tra sani e ammalati – e non permette la realizzazione di utili, la seconda si basa essenzialmente sui principi assicurativi di gestione dei rischi e permette (anche) lautissimi guadagni agli azionisti. C’è dunque una distinzione netta tra i due regimi assicurativi, che fa sì che, *ipso facto*, si possano distinguere due tipi di cittadini-assicurati. Questa non è una prospettiva futura ma è l’odierna realtà.

In effetti, questa realtà è più complessa poiché vi troviamo non due, ma diverse velocità, per cui abbiamo non soltanto un paziente A e un paziente B, ma anche un paziente C e un paziente D.

Siccome, come visto, ogni tipo di prestazioni è finanziato in modo diverso, anche il grado di accesso alle cure non è lo stesso per tutti. Una sommaria categorizzazione permette di distinguere i seguenti pazienti-tipo:

- Paziente A, con accesso senza restrizioni a tutte le prestazioni di cui ha bisogno. Trattasi di un cittadino benestante, senza problemi economici, assicurato LAMal e assicurato LCA in modo completo. Anche l’*out of pocket*, cioè quello che non è coperto dall’assicurazione sociale obbligatoria per via della partecipazione e delle franchigie, come pure quello che eventualmente rimarrebbe a suo carico perché nessuna copertura assicurativa lo copre, non pone problema per questo tipo di paziente;
- Paziente B, con accesso garantito al catalogo di prestazioni previsto dall’assicurazione sociale obbligatoria di base, ma con assicurazione complementare facoltativa parziale o senza tale assicurazione, necessaria per coprire ciò che la prima non prevede, da un lato, e senza sussidi per alleggerire il premio, dall’altro lato. Premio, partecipazioni, franchigie e *out of pocket*, tutto è a suo carico;

- Paziente C, anche lui, come il Paziente B, ha accesso garantito al catalogo di prestazioni previsto dall'assicurazione sociale obbligatoria di base, ma per pagarsi il premio e per completare altre coperture beneficia di sussidi statali (riduzione dei premi) e di altre assicurazioni sociali. Certo, l'accesso alle prestazioni di base è assicurato, ma condizionato a criteri di eleggibilità, la cui determinazione amministrativa può anche non essere facile. Perfino il diritto agli aiuti – vista la complessità del sistema – può non essere noto al potenziale beneficiario;
- Paziente D, paziente in difficoltà, in sé appartenente alla categoria B, ma il cui onere a suo carico è tale per cui rinuncia alle prestazioni alle quali avrebbe diritto, pur di limitare il costo diretto, residuo – partecipazioni e franchigie - o secco – *out of pocket* -, a suo carico.

Penso che chiunque sia in grado di citare casi reali appartenenti all'una o all'altra categoria: tu stesso, lettore mio, puoi verificare a quale appartieni. Ma l'esperienza soggettiva, per quanto vera e vissuta, non supporta sufficientemente una distinzione come quella proposta. Ecco allora qualche elemento in più a sostegno della mia tesi:

- Il 31.12.2015 in Svizzera l'effettivo delle persone obbligatoriamente assicurate contro la malattia (LAMal) ammontava a 8'368'591; di queste, il 32% disponevano anche di un'assicurazione complementare facoltativa per poter accedere al reparto comune di qualsiasi ospedale della Svizzera, meno dell'8% anche di un'assicurazione complementare facoltativa per le camere semi-private e poco più del 3% per le camere private; infine il 7,5%, erano assicurate per altre offerte ospedaliere particolari.¹⁷. Questa è la situazione per le prestazioni complementari in ambito ospedaliero: se si calcolano le percentuali simmetriche a quelle citate, si vede che la maggior parte della popolazione non dispone di assicurazioni ospedaliere complementari. Ma sotto il cappello dell'assicurazione complementare c'è di tutto e di più, e siccome il cittadino non è ben informato, come sappiamo, spesso sottoscrive porzioni di assicurazioni complementari più o meno fantasiose, senza nemmeno saperlo o istigato da qualche *broker* senza scrupoli o non sempre all'altezza. A far saltare la mosca al naso, dovrebbe essere il fatto che gli assicuratori offrono le complementari per, come dicono, colmare le lacune dell'assicurazione di base;
- nello stesso anno 2015 il 26,9% degli assicurati LAMal, pari a 2'222'034 persone, hanno beneficiato di sussidi federali e cantonali, sotto forma di riduzione dei premi, per una somma complessiva di 4'086.2 milioni di CHF, per un sussidio medio pari a 1'839 CHF, ossia al 55,9% del premio medio, per beneficiario;
- tra i beneficiari della riduzione dei premi di cui sopra, 375'459 erano al beneficio di una prestazione vecchiaia complementare, 275'459 erano al beneficio dell'aiuto sociale e 94'560 hanno ottenuto il pagamento completo dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria;
- secondo i dati OCDE, sempre nel 2015, l'*out of pocket*, cioè i pagamenti direttamente a carico delle persone per prestazioni sanitarie, ha raggiunto in Svizzera la ragguardevole percentuale del 5,3% del consumo finale delle economie domestiche, equivalente al 28% delle spese per la salute, la quota più alta tra tutti i paesi dell'organizzazione. Conseguentemente, il 21% delle persone hanno dichiarato di aver rinunciato (rinviato?) a delle prestazioni sanitarie per ragioni di costo.

Che dire? Che la medicina a due o più velocità la dobbiamo ancora attendere? Che è un'ipotesi del futuro? A me sembra chiaro che ci siamo già dentro, e siccome vorrei togliere qualsiasi ombra di pregiudizio, fatemi far dire la stessa cosa da una fonte che è, se non proprio al di sopra di ogni sospetto, almeno al di sopra delle parti (svizzere):¹⁸

¹⁷ Presso la stessa cassa malati o presso un altro assicuratore malattia.

¹⁸ Trascrivo volutamente in nota il testo anche in inglese, perché oggi sembra che qualsiasi cosa di valore debba essere espressa in questa lingua. Personalmente dissento, ma in questo caso mi adeguo ai costumi del tempo sperando in un effetto amplificato.

“Il sistema svizzero garantisce l’accesso ai cittadini attraverso un’assicurazione malattia obbligatoria che assieme ad altri finanziamenti pubblici in sanità costituisce il 64% della spesa sanitaria. Gli assicuratori non possono rifiutare nessuno, mentre i singoli cantoni sono responsabili dell’offerta di cure alla propria popolazione, accordando sussidi alle persone a basso reddito. Ciononostante, il peso finanziario diretto delle economie domestiche è alto. Pagamenti *out-of-pocket* per la salute rappresentano in Svizzera il 28% della spesa sanitaria (in confronto a una media del 20% nei paesi OCSE), rappresentando altresì la quota più elevata sul totale dei consumi delle economie domestiche (5.3%). Queste spese sono in parte dovute alle elevate partecipazioni (l’ammontare che devono assumere direttamente gli assicurati prima che l’assicurazione abbia effetto) e una franchigia del 10% su ogni prestazione. La conseguenza è che il numero di consultazioni alle quali si rinuncia per gli elevati costi è molto alto (21%, il terzo più elevato tra i 17 paesi dell’OCSE che dispongono di dati paragonabili). Inoltre, i premi delle assicurazioni sono aumentati più velocemente dei redditi durante gli ultimi 15 anni, sebbene il governo svizzero sussidi i premi a circa il 30% della popolazione.”¹⁹

La velocità dei pazienti A, B, C e D non è la stessa per tutti, e anche chi in un modo o nell’altro riesce ad accedere alle cure, spesso – e per alcune categorie sempre più spesso – deve superare barriere e fare grossi sacrifici.

Premi uguali e sussidi posticci

“L’assicuratore stabilisce l’ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la presente legge non preveda eccezioni, l’assicuratore riscuote dai propri assicurati PREMI UGUALI (sott.).”²⁰

“I Cantoni accordano RIDUZIONE DEI PREMI agli assicurati di condizione economica modesta. ... (sott.)”²¹

“La Confederazione accorda annualmente ai Cantoni un SUSSIDIO per la riduzione dei premi ... (sott.)”²²

Premi uguali-riduzione dei premi-sussidio: un *fil rouge* che è al centro del sistema assicurativo svizzero contro le malattie e che rappresenta un *unicum* nel confronto internazionale. Un *fil rouge*, che però è anche una matassa difficile da districare.

Premi uguali. Si direbbe una buona cosa, ispirata a qualche improbabile principio di uguaglianza o di giustizia sociale, per cui non si discrimina tra sani ed ammalati, tra giovani e anziani, tra uomini e donne, tra chi abita in città e chi abita in campagna e nemmeno, *prima facie*, tra ricchi e poveri. È così? No, e non

¹⁹ “The Swiss system ensures access to citizens through a compulsory health insurance, which together with other government spending on health constitutes 64% of health expenditure. Insurers cannot turn down people, with individual cantons being responsible of the provision of care for their populations, with subsidies for low-income people. However, the direct financial burden faced by households is high. Out-of-pocket payments for health account for 28% of health spending in Switzerland (compared to the OCDE average of 20%), and made up the highest share of total household consumption in the OECD (5.3%). These expenses are partly due to high annual deductibles (the amount that people have to pay out of pocket before insurance takes effect) and a flat 10% co-payment rate on all services. As a consequence, the numbers of consultations skipped due to cost are very high (21%, the third highest among 17 OECD countries with comparable data). Further, insurance premiums have increased faster than incomes over the past 15 years, although the Swiss government subsidizes premiums for around 30% of the population.” Da *Health at a glance 2017: OECD Indicators*, ©OECD 2017.

²⁰ Art. 61, cpv 1 della *Legge federale sull’assicurazione malattia*, (LAMal) del 18 marzo 1994.

²¹ Art. 64, cpv 1 LAMal.

²² Art. 66, cpv 1 LAMal.

potrebbe essere diversamente, poiché anche senza scomodare John Rawls o Amartya Sen²³ il buon senso ci insegna che trattare come uguale chi non è uguale rischia di portarci dritti all'iniustizia e all'ingiustizia. Dunque i premi uguali – una specie di *flat tax* dell'assicurazione malattia - hanno la coda di paglia ed è la stessa legge a smontarli, materializzando le eccezioni da essa stessa previste: l'assicuratore gradua i premi in funzione delle differenze tra i costi dei vari Cantoni, può graduare i premi in funzione delle regioni, deve fissare un premio più basso per gli assicurati che non hanno compiuto 18 anni, è legittimato a fare lo stesso con gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 25 anni, può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Questo bailamme di prescrizioni-facoltà-eccezioni fa sì che, in realtà, i premi uguali siano una chimera. In effetti i premi sono numerosissimi e riflettono le combinazioni da una cassa all'altra, da un Cantone all'altro – o da una regione all'altra – da una categoria demografica all'altra o ancora da un modello assicurativo all'altro. Cosicché risulta che i premi per le stesse prestazioni non sono diversi soltanto da un assicuratore all'altro e da un Cantone all'altro per lo stesso assicuratore, ma si modificano diversamente da un assicuratore all'altro, da un Cantone all'altro e da un anno all'altro. Non per nulla le stesse Autorità prescrivono consigli su come “ottimizzare” i premi e mettono a disposizione *on-line*, su priminfo.ch un cosiddetto calcolatore dei premi. Inducendo inoltre l'assicurato a cambiare cassa per risparmiare, Confederazione e Cantoni non fanno altro che indurre movimenti erratici, a spostare masse di assicurati da una parte all'altra, contribuendo in tal modo a destabilizzare (ulteriormente) l'intero sistema.

Ma ora vengo al bello: questa grande differenziazione e questa estrema volatilità, laddove sembra che il premio unico debba adattarsi, per non dire piegarsi, a un sacco di distinguo, fanno flagrantemente a pugni con l'estrema rigidità e chiusura rispetto a un'altra variabile – questa sì fondamentale – che è il reddito. Qui non c'è proprio nulla da fare: i premi degli assicuratori non tengono conto in nessun modo dello statuto socio-economico degli assicurati e non c'è verso di entrare in materia e ragionare su un qualsiasi modo per tenerne conto. Un blocco totale. Ma perché, dico io, tanti cedimenti al principio dei premi uguali per poi irrigidirsi su quella variabile che più di tutte dovrebbe essere tenuta in conto per modularli? Non mi si venga a dire che c'è un problema amministrativo, visto che si riesce a tener conto della rava e della fava.

Penso che la ragione di questo paradosso-contraddizione-ipocrisia, che dir si voglia, risieda in un, come dire, accordo di non belligeranza, un *gentlemen's agreement*, tra gli assicuratori e lo Stato: più spazio d'azione possibile ma nessun compito di politica sociale agli assicuratori, il che potrebbe suonare alquanto stonato per un'assicurazione sociale obbligatoria quale è la LAMal. Il pezzo mancante allora, la dimensione socio-economica dell'assicurato, non poteva che restare nelle mani dello Stato: è la riduzione dei premi accordata dai Cantoni, con il sussidio della Confederazione, agli assicurati di condizione economica modesta.

Sarebbe pertanto questa la chiave di volta o l'uovo di Colombo del sistema, ossia l'abbinamento dei premi uguali stabiliti dagli assicuratori con le riduzioni dei premi stabilite dall'Ente pubblico. Purtroppo ci sono (come minimo) due vistose falle nel sistema: la prima è che la tanto auspicata trasparenza del sistema va a ramengo, “*va a farsi benedire, va a Pechino, a Topik, va a Baggio a sonar l'organo ...*”²⁴; la seconda è che il complicato sistema di riduzione dei premi non è in grado di assolvere, se non goffamente, il suo stesso compito, cioè quello di assicurare equità in termini di giustizia sociale. Basta un colpo d'occhio alle statistiche²⁵ per capirlo. Qualche esempio sui dati del 2015: la percentuale dei beneficiari sulla popolazione varia tra il 20.2% (Glarona) e il 36.7% (Uri), la percentuale del sussidio cantonale sul sussidio totale (cantonale e federale), varia tra il 3.6% (Berna) e il 67.2% (Basilea Città), il sussidio medio per beneficiario varia tra l'108 CHF (Berna), cioè il 32.0% del premio medio e 3'262 CHF (Basilea Città), pari al 72.2% del premio medio. Dire che c'è del caos, che difficilmente è riconoscibile una matrice comune, che

²³ John Bordley Rawls (Baltimora, 21 febbraio 1921 – Lexington, 24 novembre 2002), filosofo americano e teorico della giustizia; Amartya Kumar Sen (nato il 3 novembre 1933 a Santiniketan), filosofo ed economista indiano, anch'egli studioso dei problemi di giustizia.

²⁴ Giorgio Orelli, *Nell'odore di calicanto*, (a proposito di dove sta andando l'arte ...). Testo segnalatomi dall'amico Giovanni durante una delle nostre escursioni per il Canton Ticino.

²⁵ Vedi la *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015*, pubblicata dall'Ufficio federale della sanità pubblica.

L'impressione è che ogni Cantone interpreti a modo suo e con grande latitudine d'apprezzamento quello spazio di giustizia sociale che la Confederazione non ha voluto annoverare tra i compiti degli assicuratori malattia, dire tutto questo mi sembra un'ovvietà.

Mi si potrà obiettare che questo è il federalismo e che il federalismo, anche in sanità, è buona cosa. Per principio sono d'accordo, ma a condizione che sia utilizzato virtuosamente e non viziosamente, ossia che serva quale mezzo per capire ed assumere meglio le differenze inevitabili tra le peculiarità e i problemi sanitari dei cittadini da una regione all'altra del paese e non diventi invece, come nel caso qui illustrato dei sussidi federali e cantonali alla riduzione dei premi, un elemento discriminante tra cittadini sì di regioni diverse, ma appartenenti allo stesso paese. In tal caso, mettere nelle sgrinfie dei Cantoni l'esecuzione di principi di equità e di giustizia nell'ambito di un'assicurazione malattia sociale e obbligatoria come la LAMal può essere rischioso e significa essere disposti a lasciare che ogni Cantone determini autonomamente, nell'ambito della gestione delle proprie finanze pubbliche e con dinamiche fuori controllo se rapportate a un quadro d'insieme, quanto è disposto o meno ad impegnarsi a favore dei suoi cittadini più deboli.

Caro lettore che mi hai seguito fin qui, anche questo capitolo volge al termine e anche questa volta ti propongo una sintesi. Metti insieme l'incomprensione del finanziamento, la velocità multipla della medicina e la faccenda della riduzione posticcia dei premi di cassa malati e ancora una volta ti si presenta un quadretto non da poco. Se poi lo sovrapponi al primo, beh, allora non c'è da stare allegri.

Capitolo III

Retoriche sanitarie

Il paziente al centro dell'attenzione

Come tutti i “mondi”, anche il mondo della sanità si esprime e si racconta attraverso concetti, parole, lemmi, espressioni, metafore e rappresentazioni. Una narrazione assai ricca, che ha sedimentato nel corso del tempo un linguaggio complesso e sospeso tra il luogo comune, il gergo e il linguaggio tecnico. A volte fa impressione il contrappunto tra la diffusione nel grande pubblico di termini scientifici, il cui uso dovrebbe essere permeato di rigore e cautela, e l’oscurità del professionista della salute nella comunicazione, con la quale dovrebbe rendere accessibile al profano la comprensione delle proprie conoscenze. A mo’ di esempio propedeutico, mi piace citare Totò, riprodotto da Luca Serianni nel suo bel libro *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*²⁶:

SIGNORA *Io ho un dolore qui e al mattino viene pian piano, al pomeriggio diventa forte forte, la sera ritorna piano, e la notte ridiventa forte forte. Che sarà dottore?*

MARDOCHEO *Un pianoforte.*

SIGNORA *Ma come? Ho un pianoforte in petto?*

MARDOCHEO *Noialtri medici sintetizziamo i termini. La vostra malattia noi la chiamiamo malattia del pianoforte.*

SIGNORA *E che cosa sarebbe?*

MARDOCHEO *È il cuore che trovasi a contatto col velopendolo asiatico, gonfia i variscecoli e la moscia.*

SIGNORA *Ma io non ho capito nulla.*

MARDOCHEO *Nemmeno io.*

NIK *Vede, Signora, è la vera scienza. Non bisogna mai capire nulla.*

MARDOCHEO *Guai se l'ammalato capisse qualcosa! Allora i medici che ci starebbero a fare?*

Il dottor Mardocheo fa il paio con il (dottor) Knock, offrendo ambedue una parodia del mondo sanitario che non è soltanto caricatura, ma raffinata indagine sulla sua sostanza, sulla sua ragione d’essere e sulla sua forma. Benché il mondo reale sia ovviamente diverso dalle rappresentazioni, esso ne è imbevuto come una spugna, per cui lo scarto tra il linguaggio e ciò che esso vuole significare può essere anche molto grande.

Di tutte le parole che servono alla costruzione del linguaggio sanitario, ai confini tra gli estremi citati, quella di PAZIENTE mi sembra essere tra le più diffuse e per certi versi, come ora cercherò di argomentare, tra le più abusate.

Per non esitare sull’etimologia e sul significato della parola vado dritto, e ti propongo, attento lettore, di considerare quanto riporta la Treccani (treccani.it):

“Persona affetta da una malattia, e più genericam. chi è affidato alle cure di un medico o di un chirurgo ...”

²⁶ Pubblicato dalla casa editrice Garzanti nel 2005.

Ci sono, come si vede, due elementi: la malattia e più genericamente l'affidamento alle cure. In sé la malattia evocerebbe più facilmente la parola ammalato (o malato), cioè colui che ne è colpito. Il fatto di considerare anche l'affidamento alle cure e di associarle alla malattia mi sembra precisare il significato di paziente, che dunque sarebbe un concetto più circoscritto, essendo non un'unione ma un'intersezione di due elementi: ammalato e affidato alle cure di qualcuno. Non tutti gli ammalati sono anche pazienti – perché esistono anche ammalati che non sono curati – mentre per principio tutti i pazienti devono essere ammalati. O, perlomeno, dovrebbero esserlo, altrimenti vorrebbe dire che si curano anche non-ammalati²⁷. Pertanto, dal mio punto di vista, ammalato e paziente non sono perfettamente sinonimi, anche se apparentemente sembrerebbero tali e tali sono a volte considerati.

Sta di fatto che la parola paziente - che sembrerebbe aver sostituito la parola ammalato in molti ambiti, professionali e non - è molto impegnativa poiché implica il fatto di “essere in relazione con”: per essere pazienti non basta essere ammalati, condizione necessaria ma non sufficiente, ma occorre anche essere affidati alle cure di qualcuno. Per questo sembrerebbe più corretto parlare dei pazienti del medico A o dei pazienti dell'ospedale X, piuttosto che degli ammalati del medico A o degli ammalati dell'ospedale X. Per contro, come noto, non si parla di “assicurazione dei pazienti” ma, poiché vale per tutti, sani e ammalati, di “assicurazione malattia”.

Tutto questo potrebbe sembrare un sofisma fine a sé stesso, un ragionamento logico inutile, irrilevante o eventualmente errato, che non porta da nessuna parte. Invece, la conseguenza che ne deriva è importante, perché permette di svelare un uso non propriamente corretto della parola paziente. Se il fatto di essere, oltre che ammalati, anche curati, contraddistingue i pazienti, allora quando si dice che il paziente è (deve/dovrebbe essere) al centro dell'attenzione, si afferma una semplice ovvietà o, più precisamente, si cade in una ridondanza. Il paziente è per definizione al centro dell'attenzione di qualcuno a cui sono affidate le sue cure e la precisazione non aggiunge un grammo di significato in più. Sarebbe diverso se si dicesse che l'ammalato deve/dovrebbe essere al centro dell'attenzione: in tal caso sì, si completerebbe il significato di ammalato mettendolo “in relazione con”.

Confesso di essere infastidito dal continuo, quasi stucchevole, riferimento al paziente che deve essere al centro dell'attenzione. Lo dice il politico, l'esperto del settore, l'amministratore, il curante, il docente ... il conferenziere magari a conclusione di un sofisticato e pretenziosamente originale intervento. Come ho cercato di argomentare, che il paziente debba essere al centro dell'attenzione – ciò che, sia detto di transenna, non significa ancora un gran che – è già nella definizione, nelle premesse, e la continua e reiterata insistenza nel precisarlo non fa che generare il sospetto che in realtà l'attenzione è altrove. Ma allora non è corretto parlare di paziente. La mia è dunque un'interpretazione diffidente, lo ammetto, che intravede una cattiva coscienza, per cui il continuo richiamo al paziente al centro dell'attenzione in realtà è perché il paziente non è paziente soltanto in quanto ammalato ma è paziente anche in quanto cliente, consumatore, cioè qualcuno che acquista una prestazione sanitaria e che la paga. Per quali ragioni infatti si dovrebbero continuamente richiamare gli operatori sanitari, le strutture, i servizi e quant'altro a mantenere il paziente al centro dell'attenzione? Quali distrazioni o interessi distoglierebbero la sua attenzione?

Ma se il paziente è diventato un consumatore, dimmi tu, lettore, cosa vuol dire metterlo al centro dell'attenzione? Non chiedendogli la contropartita monetaria della prestazione ricevuta? Forse non è un vero paziente, ma soltanto un ammalato? Ecco perché sono sospettoso ...

No, credo che se vogliamo evitare che le parole siano fraintese è necessario restituire alla parola paziente il suo significato autentico, cioè riaffermarlo come persona ammalata e affidata alle cure e non come agente economico solvibile – come consumatore o, peggio ancora, come cliente. Fintanto che ciò non avverrà, il

²⁷ A rigore, secondo la teoria del (dr.) Knock, siccome non ci sarebbero che persone più o meno gravemente affette da malattie per cui non ci sarebbero non-ammalati, questa condizione sarebbe in ogni caso rispettata.

richiamo al paziente al centro dell'attenzione all'interno di questa logica, rischia di non essere altro che uno sterile slogan.

Le concorrenze invisibili

Il titolo di questo paragrafo s'ispira a *Le città invisibili* di Italo Calvino²⁸, romanzo a struttura combinatoria, in base alla quale il lettore può "giocare" e cercare un suo percorso tra i tanti possibili. Le 55 città descritte all'Imperatore dei Tartari, Kublai Khan da Marco Polo, benché ordinate in 9 capitoli, appartengono altresì a 11 diverse categorie – città della memoria, del desiderio, dei segni, ... fino alle città nascoste - . Così il libro, come spiegato dallo stesso autore in occasione di una conferenza del 1983 alla Columbia University, non ha una sola conclusione ma "*ne ha un po' dappertutto, scritte lungo tutti i suoi spigoli.*"

Anche la sanità ha, non una, ma più concorrenze, e anch'esse sono sostanzialmente invisibili. Leggere il sistema sanitario sotto questo profilo permette di ricostruire con i dovuti gradi di libertà quell'intricato groviglio fatto di finalità, interessi, bisogni, realtà, comportamenti, regole, mezzi, rappresentazioni, ... che non può portare a una unica e lineare conclusione ma a un'infinità di combinazioni diverse. Semmai si può tirare una prima conclusione, questa è che non c'è una sola conclusione.

Per cominciare, e per facilitare il compito mio e del lettore, più che partire da roboanti e non sempre disinteressati appelli alla concorrenza e alle sue virtù, vale a dire dalle facili retoriche della concorrenza, si può partire dallo stesso intreccio tra gruppi di prestazioni e modalità di finanziamento già evidenziato²⁹. Le città sono i tipi di prestazioni (dalle cure ospedaliere, ai farmaci, alle cure a domicilio fino alla prevenzione ...) ³⁰ e i diversi regimi finanziari sono le categorie alle quali possiamo associarle. Ne risulta una mappatura che possiamo qui interpretare in termini di concorrenze differenziate, laddove la graduazione del finanziamento – da quello statale fino all'*out of pocket*, passando dalle assicurazioni sociali e dalle assicurazioni private - è cartina di tornasole della più o meno grande estensione del regime concorrenziale nei rispettivi ambiti. A spanne vediamo che i dentisti e i farmacisti sono più in concorrenza, essendo più dipendenti dal pagamento diretto del consumatore, in confronto agli istituti ospedalieri o ai medici, più dipendenti dal finanziamento pubblico diretto o indiretto, o dal finanziamento delle assicurazioni sociali (e meno da quello delle assicurazioni private). Certo, il mio è un ragionamento deduttivo, che si basa sull'assioma che laddove interviene lo Stato, in particolare (ma non solo) con il finanziamento, c'è meno spazio per la concorrenza.

Dunque le concorrenze sono diverse e nella misura in cui non sono facili da individuare, capire e valutare, sono anche invisibili. Se si vuole aggiungere un corollario alla prima conclusione, questo è che nel nostro sistema sanitario non esiste una sola concorrenza.

Sarebbe fuori luogo e oltremodo tedioso sviluppare qui un'analisi di dettaglio di queste concorrenze. Ciononostante, al fine di illustrare l'inconsistenza della retorica della concorrenza in sanità, mi soffermo un attimo in più sulla situazione in tre ambiti specifici e importanti, cioè nel campo delle casse malati, in quello degli ospedali e in quello dei medici liberi professionisti. In ognuno di questi campi, infatti, il richiamo alla concorrenza è molto diffuso ed essa viene puntualmente invocata quale principio regolatore del sistema, anche se i fatti dicono altro.

²⁸ Pubblicato nel 1972 dalla casa editrice Einaudi.

²⁹ Vedi il diagramma a p. 12.

³⁰ Decisamente più prosaico di Italo Calvino/Marco Polo, che hanno dato un nome di donna a ognuna delle loro città ...

Come in precedenza, parto dal quadro legislativo. La *Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie*, LVAMal, del 26 settembre 2014, riprendendo un principio già codificato nella stessa LAMal, definisce le casse malati nel seguente modo:

*“Le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano l'assicurazione sociale malattie conformemente alla LAMal.”*³¹

A me sembra un testo chiaro, che abbina il compito delle casse malati – l'esercizio dell'assicurazione sociale malattie – con un'indicazione di principio – l'assenza dello scopo lucrativo. Ora questa indicazione di principio ha (dovrebbe avere) un significato preciso, poiché l'esclusione del lucro, del profitto, significa togliere alla concorrenza il suo motore. È la ricerca del profitto, infatti, il motore della concorrenza. Stando così le cose, mal si comprende di primo acchito l'attaccamento ossessivo delle casse malati a questo principio. Il fatto è che la stessa legge, nello stesso articolo, spalanca le porte alla concorrenza, dando la possibilità alle casse malati di offrire – e cito – :

*“oltre all'assicurazione sociale malattie ai sensi della LAMal, anche assicurazioni complementari ...”*³²

Ecco, qui sta il punto cruciale: permettendo alle casse malati di offrire assicurazioni complementari facoltative e sottoposte non alle regole dell'assicurazione malattie sociale bensì alla legislazione che regola il contratto d'assicurazione (privato) si offre alle stesse casse malati il terreno sul quale esercitare la concorrenza e perseguire scopo di lucro con la propria attività. Beninteso, i due rami assicurativi sono distinti e la legislazione in merito è chiara. Tuttavia è facile capire che, una volta abbinati, la *liaison* non può che essere *dangereuse*, ed è altrettanto facile capire che se ci sono degli interessi in ballo (lucro), è più facile che il comportamento economico generale delle casse malati sia orientato al loro perseguimento piuttosto che esclusivamente all'assolvimento di un compito sociale. Questo spiega a mio avviso il perché della strenua difesa del principio di concorrenza da parte degli assicuratori malattia, il perché della “guerra” che le casse malati si fanno per acquisire il maggior numero di affiliati, il perché di agenti assicurativi che la fanno breve sulle coperture dell'assicurazione sociale ma la fanno lunga sui vantaggi delle assicurazioni complementari, il perché di politiche di *marketing* molto vistose e quand'anche aggressive, che tutti possono vedere. Più assicurati di base si acquisiscono, più il bacino a cui attingere per offrire assicurazioni private si allarga: questa è la logica del principio di concorrenza nel campo delle assicurazioni malattie.

Veniamo alla concorrenza in campo ospedaliero. Anche qui l'applicazione del principio è particolare e presenta qualche inedita stranezza o eccentricità. Anche qui, la base di partenza non può che essere la legge, la quale include gli ospedali tra i fornitori di prestazioni e lascia all'assicurato una libertà di scelta, però limitata³³, dell'ospedale in cui farsi curare. L'elemento cruciale in quest'ambito è dato dalla sofisticata costruzione politica perfezionata sul piano federale, che ha abbinato un regime di finanziamento uguale per tutti, ospedali pubblici e cliniche private – di cui ho già detto – con un regime di pianificazione cantonale degli ospedali, unico ed esteso anche ai privati. In effetti, per essere autorizzati a fatturare le prestazioni ospedaliere a carico dell'assicurazione sociale obbligatoria, gli stabilimenti ospedalieri e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera devono corrispondere

³¹ Art. 2, cpv 1 della *Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie*, LVAMal, del 26 settembre 2014.rin

³² Art. 2 cpv 2 LVAMal.

³³ Non entro nei dettagli, sarebbe storia toppo lunga.

“... alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati.”³⁴

Credo, ma forse mi sbaglio, che se il legislatore di un paese democratico e liberale come la Svizzera, che ha inserito nella propria Costituzione il principio della garanzia della libertà di commercio e d'industria su tutto il territorio della Confederazione, ha voluto codificare l'obiettivo della copertura del fabbisogno ospedaliero della popolazione, indicando nella pianificazione lo strumento per raggiungerlo, è perché da qualche parte, a destra, nel centro o a sinistra, non so, si è ritenuto che far capo allo strumento o principio della concorrenza non sarebbe stato sufficiente ad assicurare la copertura del fabbisogno per tutti. Per quanto le missioni degli ospedali pubblici e delle cliniche private possano essere diverse, per quanto ci possano essere enti pubblici senza scopo di lucro ed enti privati di varia natura – alcuni con scopo di lucro, altri senza – sta di fatto che la concorrenza tra ospedali è limitata dalle pianificazioni cantonali o, come nel caso della medicina altamente specializzata, dalle pianificazioni approntate dai Cantoni per tutta la Svizzera. Questa non è soltanto la mia interpretazione, ma è anche quella della giurisprudenza.³⁵

Infine, sulla concorrenza tra medici autorizzati al libero esercizio la faccio breve, poiché in termini strettamente economici qui la concorrenza è zero. In effetti, la concorrenza presuppone assunzione del rischio imprenditoriale, del rischio economico di vincere o di perdere nei confronti degli “avversari” presenti sul mercato. Presuppone anche che si faccia capo al meccanismo dei prezzi per regolare l'offerta e la domanda. Tutto questo qui non c'è poiché il cosiddetto obbligo di contrarre, per cui gli assicuratori malattia sono tenuti a remunerare a tariffa (prezzo) concordata tutte le prestazioni previste dall'assicurazione obbligatoria sociale prescritte ed erogate dal medico, garantisce allo stesso un guadagno certo, eliminando *de facto* qualsiasi rischio imprenditoriale e dunque mettendolo al riparo dalla concorrenza dei suoi confratelli.

Come le città invisibili, anche le concorrenze sono difficili da vedere e forse si possono soltanto immaginare.

Publish or perish

Il terreno nel quale sto per avventurarmi è sicuramente sdruciolevole e il rischio di cadute è elevato. In un *excursus* critico come questo, sul danaro e la sanità, è però un terreno che non può essere dimenticato. Il titolo è indubbiamente provocatorio e rimanda alla pratica ormai invalsa e diffusa ovunque nel mondo e in tutti i campi del sapere, di valutare la bontà scientifica delle attività accademiche di studio e di ricerca in base alle pubblicazioni: o pubblici, o muori.

Al giorno d'oggi la visione dei ricercatori “à la Marie e Pierre Curie”, con pochi mezzi e disinteressati, è piuttosto romantica, anche se ha fatto scalpore l'affermazione del fisico e Premio Nobel britannico Peter Higgs – sì, proprio lui, quello del Bosone Higgs³⁶ – secondo il quale oggi sarebbe inimmaginabile fare ciò che ha fatto senza la pace e la quiete di cui poteva godere negli anni '60:

³⁴ Art. 39, cpv 1, lett. d. LAMal.

³⁵ Al riguardo, mi permetto di rimandare il lettore interessato alla Sentenza del 10 luglio 2012 della II^a Corte di diritto pubblico del Tribunale federale, che ha sentenziato su un ricorso contro la modifica della Legge cantonale di applicazione della LAMal, decretata il 17 marzo 2011 dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino.

³⁶ Peter Ware Higgs, nato a Newcastle upon Tyne il 20 maggio 1929.

“Oggi non potrei ottenere alcun posto accademico. È semplice. Non penso che sarei considerato sufficientemente produttivo.”³⁷

D'altronde è pacifico che la comunità scientifica, che è diventata enorme, si sia dotata di criteri e strumenti capaci di selezionare “il grano dal loglio”, cioè di distinguere ciò che vale da ciò che non ha alcun valore. Bisogna pensare che ogni giorno vengono pubblicate sulle riviste scientifiche – anch'esse in vertiginoso aumento ... - un'infinità di articoli, la cui lettura anche solo parziale e in diagonale è impresa da eroi e richiede un tempo infinito. Ma per l'accademico che intende avere successo, la pubblicazione di articoli è esiziale e dunque la pressione in tal senso è micidiale. Difficile dire se le maglie si siano ristrette, dato che anche la disponibilità di riviste si è allargata; quello che è certo è che ormai si deve passare da lì e chiamarsi fuori è pressoché impossibile. Il principio, inoltre, si è perfezionato attraverso la messa a punto di una panoplia di concetti, indicatori, parametri, strumenti e applicazioni che permettono di “misurare” l'impatto dell'attività scientifica di un ricercatore o di un accademico in termini di pubblicazioni su autorevoli riviste e di citazioni in altri articoli “(bibliometria”).

Non è difficile immaginare che tutto questo è anche criticato e che per molti non è altro che una specie di deviante tirannia della pubblicazione. Questo ci sta tutto, ma il punto che mi sta a cuore è un altro e più precisamente l'intreccio sempre più complesso tra la ricerca, orientata secondo il suddetto paradigma, l'economia e la sanità. Siccome ci sono in gioco degli interessi e delle carriere, anche qui non è remota l'ipotesi che si creino dei legami non sempre comprensibili al grande pubblico.

Per non ragionare in astratto, permettimi caro lettore incallito-che-non-molla-la-presa-essendo-arrivato-fin-qui-, di illustrarti il mio pensiero concentrandomi su tre aspetti.

Il primo riguarda la ricerca nel campo dei medicinali e di altri *devices* medico-tecnici. Qui ci sono in ballo investimenti enormi, siccome enormi potrebbero essere i rendimenti e i profitti. Un farmaco che, dopo aver superato tutti i test di laboratorio e tutte le fasi sperimentali e tutti gli ostacoli legali ed amministrativi, viene omologato e autorizzato dalle istanze preposte, arriva sul mercato e riesce infine a sconfiggere la concorrenza, potrebbe fruttare guadagni stratosferici sul piano planetario. La dimostrazione e la divulgazione scientifica dei risultati alla base delle virtù del farmaco, dei suoi effetti positivi, della sicurezza e la rassicurazione in ordine ai suoi effetti secondari, tutto questo è perciò molto importante per le case farmaceutiche. Logico che le stesse siano interessate a cooptare per la propria causa le migliori teste e, soprattutto, i migliori *scientific & clinical writers*, che pubblicano sulle migliori riviste. Come? *Honni soit qui mal y pense*, ma si può dubitare che anche il danaro possa esercitare un certo potere d'attrazione. Fa parte dell'ordine delle cose. Il punto cruciale però è un altro. È che in questo modo la ricerca rischia di essere orientata verso i settori sanitari più redditizi, piuttosto che verso i settori dove esistono i maggiori bisogni, inseguendo patologie “alla moda” piuttosto che cercare nuove molecole per le cosiddette malattie dimenticate. La dinamica del PoP (*Publish or Perish*) risulta così funzionale al sistema e rappresenta un collante tra ricerca, economia e sanità³⁸.

Il secondo aspetto è quello degli effetti concreti dei risultati delle ricerche basiche e cliniche sulle pratiche degli operatori sanitari e sulle attese degli ammalati. La dinamica è simile alla precedente e coinvolge parecchia gente interessata. Qui la retorica sfocia nella visione lineare del continuo progresso della scienza, visione certamente interessante, ma dogmatica, spesso e volentieri tanto – troppo – enfaticizzata, in nome della

³⁷ “*Today I wouldn't get an academic job. It's as simple as that. I don't think I would be regarded as productive enough.*”, vedi Decca Aitkenhead, “Peter Higgs: I wouldn't be productive enough for today's academic system”, *The Guardian*, 06.12.2013.

³⁸ Quasi mi dimenticavo di citare la recente iniziativa del prestigioso *British Medical Journal*, che ha deciso di pubblicare *The Unreported Clinical Trial of the Week*, cioè di presentare tutte le settimane i risultati di uno studio clinico non pubblicato. Una specie di contropelo alla logica del PoP, e ai suoi effetti indesiderati.

quale vengono formulate roboanti promesse e alimentate incerte speranze di guarigione. Un ruolo di rilievo lo giocano i congressi scientifici nazionali e internazionali nei numerosi ambiti della medicina e delle cure: cardiologi, oncologi, immunologi, ortopedici, ... ma anche fisioterapisti, infermieri, geriatri, ecc. Centinaia, a volte migliaia di ricercatori e specialisti si riuniscono per presentare i propri risultati, per ascoltare e per dibattere le ultime novità disciplinari, per promuovere i propri istituti. Sarebbe interessante una sociologia dei partecipanti, per capire chi dà e chi riceve, chi è attivo e chi è passivo, chi dirige e chi subisce, chi capisce e chi no. Poiché l'organizzazione di simili *events* è complessa e onerosa, essa è sempre costellata da *by-products*, ricreazione, pubblicità, marketing e perché non, anche di *glamour* mondano e politico. Perciò è quasi sempre ben foraggiata da *sponsor*, non proprio disinteressati. Vigè ovviamente la massima libertà accademica, ma siccome la logica è quella che abbiamo visto, essa è omologata e in sintonia con le priorità dei portatori d'interesse del settore. Del resto, è facile dimostrare che, una volta capita meglio una malattia - ... risultato atteso del congresso ... - anche il rimedio potrà e dovrà essere migliore. E così la corsa continua.

Eccomi al terzo aspetto, che pure emana in un certo qual modo dalla logica del PoP. Mi riferisco alla costruzione delle carriere in campo medico, che non può prescindere dalla pratica clinica, dal momento in cui l'ospedale a partire suppergiù dalla Rivoluzione Francese non è più soltanto ospizio ma ha assunto anche il compito di formare i medici sul campo, ed è così diventato luogo di apprendimento, formazione e, appunto, pratica clinica fondamentale. È un paradigma che si è rivelato virtuoso, che ha permesso di far entrare l'Università nell'Ospedale e di far entrare l'Ospedale nell'Università. Nello stesso tempo però, questa commistione ha mescolato le carte, costringendo le parti a ridefinire i propri compiti e ruoli e non è per nulla scontato che riescano sempre a farlo in modo equilibrato. Qui entrano in gioco le carriere accademiche, assoggettate alle logiche discusse, il prestigio della medicina ospedaliera, la cui logica non può astrarre dalla pratica clinica, e infine gli ammalati – i pazienti – che richiedono prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ma che sono anche soggetti di studio, dati da raccogliere e studiare, casistiche da osservare e statistiche da compilare, nonché “clienti” dell'ospedale. In questo intreccio, qual è il pericolo che intravedo? È semplice, è che l'attenzione e lo sguardo siano distolti da un sacco di “distrazioni” e “interessi” e dunque non siano più rivolti all'ammalato, per il quale il tempo rischia di essere sempre meno.

Una volta ancora, mio lettore, esco da una fitta foresta - fatta di pazienti al centro dell'attenzione, di concorrenze invisibili e di logiche di costruzione delle carriere - a rimirar le stelle. Ma non è ancora finita. Prendi fiato e preparati a un ultimo sforzo, a un ultimo tratto che, spero, non ti metta al tappeto e ti lasci integro a gustare l'orizzonte che abbiamo ancora davanti.

Capitolo IV

The Future is now

Nemesi medica e il senso della cura

È tempo di guardare avanti e di chiederci cosa ci riserverà il futuro, ed è proprio quello che intendo proporti in quest'ultimo Capitolo. Prima però permettimi di prendere un po' di slancio e tornare indietro di qualche fotogramma, ricordando alcune personalità di spicco, purtroppo non sempre convenientemente considerate, ma notevoli per il contributo dato alla comprensione, in anni non sospetti, dell'evoluzione della medicina, dei sistemi sanitari e delle loro problematiche.

Inutile dire che la medicina e le cure hanno conosciuto radicali e formidabili cambiamenti nel corso degli ultimi due secoli, con un'accelerazione a partire dal secondo dopoguerra, fino ai giorni nostri. Permettimi, cortese e fedele lettore, un pizzico di pedanteria e di citarti innanzitutto due personaggi, uno per parte, uno per la medicina e uno per le cure, che non possono essere dimenticati. Lo faccio ancora una volta *en passant*, molto velocemente.

Il primo - per la medicina - è Ignaz Semmelweis³⁹, medico ungherese, il cui contributo alla conoscenza e alla pratica medica è iscritto nel registro della Memoria del mondo dell'UNESCO e al quale dovremmo tutti essere riconoscenti. La sua biografia meriterebbe uno studio a sé, ma vengo al dunque. Siamo a metà dell'800, e durante il suo lavoro di medico presso l'Ospedale generale di Vienna, allora uno dei più moderni in Europa, Semmelweis ebbe a osservare in modo sistematico un numero superiore di decessi per “febbre puerperale” in una delle due divisioni di ostetricia dell'istituto. Tenace, in base ad assidue osservazioni e dopo aver esaminato non poche ipotesi, comprese le più strampalate, e dopo peripezie e casualità- anche drammatiche - che non sto a raccontare, finalmente riuscì a dimostrare che la malattia mortale era trasmessa dal doppio contatto che gli studenti avevano passando dal reparto in cui eseguivano le autopsie alla divisione in cui giacevano le partorienti. Non solo: passò ai fatti, prescrivendo il lavaggio delle mani con cloruro di calce e il cambio delle lenzuola. Il tasso di decessi diminuì velocemente, tornano a livelli ritenuti all'epoca accettabili, dell'ordine dell'1%. Questo risultato urtò la sensibilità e l'amor proprio dei colleghi e del mondo medico, che lo osteggiò e lo screditò fino alla sua morte precoce in manicomio, nel 1865, all'età di 47 anni. La dimostrazione della contaminazione batterica da parte di Pasteur consacrò la validità della teoria di Semmelweis. Ho detto che gli dovremmo essere tutti grati: lo ribadisco, non solo per la scoperta in sé e per aver tradotto in pratica - l'adozione di provvedimenti - il risultato a cui era giunto, ma in termini più generali anche per aver contribuito a cambiare il paradigma stesso dello studio della medicina, basato ormai sul metodo scientifico razionale. Ancora oggi, nonostante le fughe in avanti causate dalle logiche PoP, e anche se in modo più sofisticato e con l'ausilio dei computer, la ricerca clinica si basa su questo pilastro.

Il secondo - per le cure - è Florence Nightingale⁴⁰, la “signora con la lanterna”⁴¹, infermiera britannica (nata però a Firenze), diventata icona di tutte le infermiere del mondo. Anche la sua biografia - a maggior ragione perché donna - come quella di Semmelweis, meriterebbe ben altra attenzione e ancora una volta mi castigo imponendomi molta censura. Nightingale è ricordata abitualmente per aver dato all'assistenza infermieristica un vero e proprio statuto professionale. Ma, oltre che per la dignità, il suo contributo è stato decisivo per

³⁹ Ignác Fülöp Semmelweis (Buda, 1° luglio 1818 – Döbling, 13 agosto 1865).

⁴⁰ Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820, Londra, 13 agosto 1910).

⁴¹ La vediamo rappresentata con la lanterna in un quadro della pittrice Henrietta Rae, mentre presta le sue cure a un ferito durante la guerra di Crimea, dove si era recata come infermiera volontaria.

aver dato alla formazione infermieristica una solida base, costruita anch'essa sul metodo scientifico. È di grande significato il fatto – ascoltate bene infermiere ... - che essa sia stata la prima donna a diventare membro della Royal Statistical Society britannica e membro onorario della American Statistical Association. Il suo *Notes on Nursing*, pubblicato nel 1858, divenne riferimento d'obbligo delle scuole per infermieri di tutto il mondo e ancora oggi è *milestone* di base dei curricula dell'assistenza infermieristica.

Semmelweis e Nightingale hanno dunque saputo interpretare virtuosamente, da protagonisti, i problemi che i sistemi sanitari stavano per affrontare, contribuendo a mantenere una forte adesione tra l'adozione anche in sanità del metodo scientifico e i reali bisogni degli ammalati. Per questo, si sono anche “sporcati le mani”.

Altre due personalità hanno anticipato, secondo me con grande lucidità, questioni che si sono puntualmente poste e che interpellano le intelligenze e le coscienze – e non solo gli interessi - di tutti gli attori della sanità, ma in particolare di chi ci governa.

La prima personalità è il filosofo di origine austriaca Ivan Illich⁴². Autore eclettico, controcorrente, radicale, dissacrante e critico verso le istituzioni e nei confronti della modernità e della tecnologia. Anche la sua opera è vasta e meriterebbe uno spazio ben più grande di quello che gli concedo qui. Ma non ho alternative, e mi vedo costretto a scegliere. Lo faccio proponendo una visione centrale del suo pensiero, quella di nemesi medica, sviluppata nel suo libro dallo stesso titolo, con sottotitolo *L'espropriazione della salute*⁴³. Nemesi non è termine corrente e richiede una breve spiegazione. È parola di origine greca e fu il nome dato nella mitologia alla Dea della distribuzione della giustizia. Alata, con spada e clessidra⁴⁴ e perciò molto diversa da Giustizia, la Dea dagli occhi bendati e con in mano la bilancia che conosciamo, Nemesi provvedeva a compensare le malefatte degli uni e il bene fatto dagli altri punendo i primi e premiando i secondi. Soprattutto, a quanto pare, a punire i primi, per cui nemesi ha assunto anche il significato di indignazione, di castigo e di vendetta, fino a diventare il tratto distintivo dei cattivi per eccellenza, laddove nemesi è il lato oscuro, l'*alter ego*, del protagonista di una storia. La nemesi medica è dunque il lato oscuro della medicina? Eh sì, è questa la sostanza della denuncia di Illich che vede nella stessa medicina – o meglio, nel modo in cui è esercitata e organizzata – l'origine di un buon numero di problemi della sanità. È la natura iatrogena non soltanto delle malattie generate direttamente o indirettamente, dalla medicina, ma dei problemi generati dallo stesso sistema sanitario. Tesi forte, che Illich – documentatissimo – sviluppa a mo' di esempio, per denunciare in realtà tutto un sistema di crescita squilibrata delle società che, affannate come sono a cercare di soddisfare i bisogni con i consumi e risolvere i problemi individuali e sociali con la tecnologia, non fanno altro che crearne di nuovi, vieppiù sofisticati e difficili da affrontare. La salute, come la scuola, il trasporto, la comunicazione, tutti gli ambiti della vita sociale, sono così espropriati dall'economia, dalla tecnologia, da una sorta di nuovo scientismo, secondo cui tutto verrà risolto dal progresso. Per quanto veemente e spietato, l'allarme lanciato da Illich faceva riferimento a una realtà e a una evoluzione in atto in quel momento, che ancora non prefigurava se non per certe avvisaglie ciò che sarebbe successo più tardi e che avrebbe portato alla configurazione attuale, molto più complessa, delle società e, più specificamente, dei sistemi sanitari. È però stato buon profeta, avendo subodorato che la medicina, come il personaggio di una storia o di un fumetto, aveva la sua nemesi, il suo lato oscuro.

La seconda personalità è quella di Daniel Callahan⁴⁵, filosofo statunitense e pioniere dello studio dell'etica biomedica. Cofondatore nel 1969 del Hastings Center, l'Istituto che più di tutti ha promosso la bioetica come disciplina di studio a sé stante, ma altresì come sintesi di differenti discipline come la medicina, la filosofia, il diritto, l'economia e altre ancora. Callahan affrontò problematiche emergenti, quali il controllo delle nascite o l'aborto. Sull'aborto notevole fu la disputa con la moglie Sidney – contraria all'aborto lei,

⁴² Ivan Illich, Vienna 4 settembre 1926 – Brema, 2 dicembre 2002.

⁴³ Ivan Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, pubblicato in prima edizione inglese nel 1975.

⁴⁴ Così è rappresentata in un quadro di Alfred Rethel, del 1834.

⁴⁵ Daniel Callahan è nato a Washington D.C. nel 1930.

favorevole alla libertà di scelta lui - sfociata nella pubblicazione comune del libro *Abortion: Understanding Differences*, comprendente contributi a sostegno d'ambo le posizioni. Più tardi, nel 1987, Callahan pubblicava il testo *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, nel quale sosteneva la necessità di porre dei limiti alla spesa sanitaria per la cura della popolazione anziana in America. Ma non è tanto la sua controversa e provocatoria posizione sulla questione in sé, quanto l'aver posto la stessa al centro della riflessione medica, etica e politica a costituire un modo nuovo, un approccio diverso, allo studio di problematiche importanti e delicate, che, appunto, avrebbero richiesto un'apertura capace di superare le barriere disciplinari. Come Illich, anche Callahan aveva visto arrivare il temporale.

Semmelweis ha traghettato in medicina il metodo scientifico e lo ha fatto rimbalzare nella pratica clinica, Nightingale ha fondato l'assistenza infermieristica su nuove basi (facendo capo anch'essa al metodo scientifico) e ha ri-bilanciato il peso della cura e dell'assistenza nei confronti della diagnosi e dell'intervento medico, Illich ha rivelato il lato oscuro della medicina e il pericolo del suo allontanamento (espropriazione) rispetto ai reali bisogni di salute, infine Callahan ha allargato il campo visivo della medicina, mettendola a confronto con le proprie molteplici responsabilità: etiche, morali, politiche, giuridiche. Cos'hanno in comune Semmelweis, Nightingale, Illich e Callahan? Tutti hanno contribuito a far evolvere la medicina e le cure secondo una prospettiva storica, interpretando problematiche del proprio tempo, individuando e perfezionando pratiche cliniche e organizzative, secondo una comune prospettiva, antica quanto assolutamente contemporanea, cioè quella fondamentale di essere al servizio della cura dei malati. Tutti, in un certo qual modo, hanno cercato di tener saldo il timone, rivendicando il primato di questa missione, in un periodo di cambiamenti epocali, soprattutto cercando di non lasciarsi distogliere dagli interessi economici e dalle fughe in avanti tecnico-scientiste, con il loro corollario di retoriche e miti, che nello stesso periodo stavano travolgendo l'intera società. Tutti, in poche parole, hanno operato in direzione di ricostruire, adattandolo ai tempi, il senso della cura agli ammalati.

***E-health*, “uberizzazione”, paziente 4.0 e altro ancora**

Ne *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Giorgio Cosmacini⁴⁶, medico e filosofo italiano contemporaneo, si chiede in conclusione del suo bel testo quali saranno i cambiamenti che attendono la medicina, e per essa l'intero sistema sanitario, nei prossimi anni. In risposta, compila una nutrita lista di problematiche, prospettive, tendenze, avvisaglie, che rappresentano altrettante sfide.

Il controllo delle patologie e l'utilizzazione personalizzata dei medicinali, le condizioni socio-ambientali, il prolungamento dei tempi della vita assistita, per vecchi e meno vecchi, la politica sanitaria e l'organizzazione del sistema sanitario, l'assistenza in ospedale e a domicilio (con in mezzo, come stiamo vedendo nascere, una nuova forma e luogo di cura, i centri medici ...), la formazione dei medici di oggi e quella di domani, la generazione di nuovi curanti, la bioetica delle nascite e dei morenti, l'etica medica e i diritti del malato, la medicina di base e quella di punta, la medicalizzazione e l'umanizzazione,

C'è da far tremare i polsi ... perché tutto questo e altro ancora sta capitando a una velocità incredibile sotto i nostri occhi, ma lo percepiamo ancora in modo vago e fosco. Naturalmente c'è da sperare che questo sforzo immane porti a dei benefici o perlomeno, porti a un bilancio positivo tra benefici e costi. Perché, come abbiamo visto in base all'esame dei capitoli precedenti, verosimilmente non ci saranno soltanto benefici e dunque occorrerà che il modello economico sia pronto a metabolizzare nel modo migliore i cambiamenti che

⁴⁶ Giorgio Cosmacini, *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Ed. Laterza, 2009, pp. 395-396.

il sistema sanitario sta maturando. Sarà all'altezza? Non lo so, lo spero. Quel che è certo è che anche il modello economico, finanziario, gestionale e organizzativo del sistema sanitario, non potrà assistere inerme ai cambiamenti prefigurati ma sarà costretto a rivedere il proprio *modus operandi* (e "*pensandi*"). Non sarà facile, poiché a più di un titolo, esso è già oggi, come ho cercato di dimostrare, non proprio adeguato rispetto a un ipotetico ottimo parietano poiché i vari attori sembrano essere ingessati nel calco dei propri interessi. Schematizzando, le dimensioni economica e sociale del mondo sanitario si trovano e si troveranno a dover fare i conti con i cambiamenti in corso e futuri in altre due dimensioni, quella medico-clinica e quella tecnologico-informativa.

Non c'è come l'emergenza di un nuovo lessico per capire che le cose in queste due dimensioni stanno cambiando. Guarda la seguente lista, aleatoria, parziale e disordinata:

Salute personalizzata, e-salute, m-salute, big data, IMMAGINI 4D, tele-chirurgia, cartella clinica condivisa, farmaci intelligenti, bisturi genetico, paziente 2.0, 3.0, 4.0 ..., CLONAZIONE UMANA, salute connessa, salute numerica, diagnosi precoce, bioscreen, gametizzazione, uberizzazione, UOMO AUMENTATO, quantified self, termiali multimediativi (al letto del paziente), **smarter medecine, wearables, cloud computing, regenertion medecine, cyberphysicians, infomediaries: doc.coms, ...**

Mondi che, secondo l'epistemologia ortodossa, non avrebbero mai potuto dialogare, tutt'a un tratto si trovano a collaborare e ad aprire insieme nuove, impensabili, prospettive. Penso, per esemplificare, agli sviluppi nel campo delle neuroscienze in relazione alla comprensione del comportamento umano (neuroscienze cognitive e comportamentali), o in campo genetico in relazione all'individuazione e forse anche all'emendamento di pezzi difettosi o mancanti del DNA (chirurgia genetica), o ancora nel campo delle immense possibilità di utilizzo dei *big data* da parte di potenti calcolatori in relazione alla personalizzazione della salute (*quantified self*).

Come farà l'economia ad assolvere i propri compiti di allocazione, produzione, consumo e distribuzione delle risorse in funzione dei bisogni in un fuoco d'artificio come questo? Come vi cirolerà il denaro? Come verranno a ri-configurarsi i rapporti tra i fattori produttivi occorrenti per offrire beni e servizi di salute, cioè tra il lavoro - il fattore umano -, il capitale - i mezzi finanziari - e il know-how - la conoscenza? Fino a che punto è pensabile di sostituire il lavoro con il capitale e la tecnologia? Ci sarà un nuovo *laissez-faire, laissez-aller* o un nuovo controllo statale? Sarà ancora garantito l'accesso universale alle cure per tutti? E la medicina a più velocità? Sarà poi vero che l'accesso all'informazione e alla conoscenza facilitato da *internet* permetterà finalmente di riequilibrare l'asimmetria informativa tra medico e paziente? O sarà vero il contrario? Dovremo rivedere la teoria del (dr.) Knock? Come cambierà la valutazione dei rischi da parte degli assicuratori malattia foraggiati da nuovi dati? Soprattutto, e infine, come si farà a scongiurare che tutto ciò diventi una gigantesca forza centrifuga che non farà altro che allontanare ancora di più il paziente dal centro dell'attenzione?

Eroico lettore mio, ti è venuto il mal di testa? Hai bisogno di un'aspirina o di una tisana? Dovevo andarci più piano e con moderazione? Forse hai ragione ... moderazione ... A proposito, è proprio con questa, con la moderazione, che vorrei invitarti all'ultimissima tappa di questo arduo percorso.

Choosing Wisely

Scegliere con saggezza, moderazione, oculatezza, giudizio ... ecco come si potrebbe tradurre “*Choosing Wisely*”. “*Choosing Wisely*” è un’iniziativa, un progetto, lanciato negli Stati Uniti nel 2012 dalla ABIM Foundation (*American Board of Internal Medicine Foundation*) volto a promuovere un dialogo tra professionisti della salute e pazienti al fine di evitare prestazioni diagnostiche e trattamenti non necessari, inappropriati o dannosi. Per aiutare i pazienti a scegliere, sono allestite delle liste di

“*cose che i professionisti della salute e i pazienti dovrebbero discutere*”.⁴⁷

L’iniziativa è presto sfociata in un movimento internazionale al quale hanno aderito attraverso organizzazioni mediche, medico-scientifiche e di altri professionisti della salute, numerose nazioni tra le quali anche la Svizzera e l’Italia: in Svizzera il progetto ha assunto l’etichetta “*Smarter Medicine - Choosing Wisely Switzerland*” ed è promossa tra gli altri dall’Accademia svizzera delle Scienze Mediche (ASSM/SAMW); in Italia il progetto si chiama “*Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*” ed è promosso da *Slow Medicine*. Oltre ai medici, si sono avvicinati a *Choosing Wisely* altri professionisti della salute e le rispettive organizzazioni, come pure enti sensibili alle problematiche dei pazienti e dei consumatori.⁴⁸

L’approccio non mi dispiace, mi è anzi simpatico, ed è interessante il fatto che l’iniziativa sia partita dai medici. Prende le mosse, inoltre, dalla constatazione che ci sono prestazioni e trattamenti che si possono evitare, cosa che perlomeno nei paesi dove la spesa sanitaria è aumentata molto, sembrerebbe assodata e ben documentata.⁴⁹ Se penso alla creazione dei malati, all’asimmetria dell’informazione o all’ignoranza del consumatore di prestazioni, allora ben venga un miglior dialogo tra il medico e il suo paziente. Ci sono poi altri aspetti interessanti, come il messaggio implicito concernente più ampi ambiti della vita sociale e del modello produttivo nel quale siamo immersi, per i quali un po’ di moderazione forse non farebbe male. Oppure come il richiamo alla medicina basata su evidenze scientifiche (*Evidence Based Medicine*), un appello dunque a diffidare da ciò che non è sicuro o da ciò che è millantato come miracoloso ma privo di vere fondamenta. Come non pensare a Semmelweis e a Nightingale? A Illich e a Callahan? Mi piace infatti pensare che il movimento *Choosing Wisely* si ponga idealmente in un qualche modo sulla stessa traiettoria e che sia in grado di ridare alla medicina e alle cure un senso autentico e non snaturato o distolto da altre finalità o interessi.

Malgrado questi aspetti positivi e le lodevolissime intenzioni, ho qualche timore sulla reale capacità di *Choosing Wisely* di incidere sul sistema sanitario attuale e futuro. Spero di sbagliarmi, ma ho qualche dubbio che sarà in grado di contrastare sostanzialmente un’evoluzione che sta andando da un’altra parte. Le ragioni sono le seguenti.

La prima è che, benché i due attori principali e indiscutibili del sistema sanitario siano il medico e il paziente, ci sono altri attori importantissimi, per ruolo e per forza, che sono gli altri fornitori di prestazioni, l’assicuratore malattia e lo Stato, ai quali possiamo senz’altro aggiungere l’industria farmaceutica, i produttori di attrezzature medico-tecniche e di altri strumenti, quali le applicazioni informatiche in ambito

⁴⁷ “*Things Providers and Patients Should Question*”.

⁴⁸ Nel Canton Ticino, un’iniziativa da citare è quella promossa dall’Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), che ha già organizzato due edizioni del Simposio su *Choosing Wisely* nel 2015 e nel 2017.

⁴⁹ Per esempio, per la Svizzera, si parla di “*riserve di efficienza stimate dagli esperti al 20 per cento circa*”, vedi UFSP, *Sanità 2020, Politica sanitaria: le priorità del Consiglio federale*, Berna, 2013, p. 5.

sanitario, senza dimenticare infine gli interessi del mondo della ricerca. Ciò rende il sistema molto più complesso e soprattutto mette in moto un sacco di altri interessi e dinamiche non facili da decifrare e da capire ma che, orbitando nel sistema, rendono eccentrico il rapporto medico-paziente in questa grande costellazione. Ho qualche dubbio che tutte queste forze siano allineate alla filosofia di *Choosing Wisely*, movimento che si è concentrato sul dialogo medico-paziente e non ha voluto altri intrusi, con il rischio però di perdere di vista il proprio firmamento (o ragione d'essere ...). Ho eccepito sulla retorica del paziente al centro dell'attenzione perché se l'ammalato fosse realmente al centro questo reiterato lamento non avrebbe senso. Il fatto è che le forze citate, siccome distolgono l'attenzione (e il tempo) dall'ammalato, rischiano di negarlo come paziente.

La seconda è che, benché sul piano formale “*Choosing Wisely*”, cioè scegliere con moderazione o in modo oculato, significa anche consumare meno, rinunciare alle prestazioni più costose ed evitare di consumare l'inappropriato o il superfluo (oltre che, ovviamente, ciò che potrebbe essere dannoso o pericoloso per la salute), sul piano sostanziale non sembra essere in grado di rimettere in discussione i meccanismi stessi che stanno alla base della regolazione economica della sanità. Non sembra cioè voler ridiscutere fondamentalmente il ruolo degli altri attori che hanno delle interessenze nel sistema e che dopo tutto quello che abbiamo visto sugli intrecci tra il mondo sanitario e il mondo dell'economia, sull'immensa quantità di danaro che circola nella sanità, non può, a mio modesto parere, essere eluso.

La medicina si è talmente mercificata che occorre fare un passo indietro: togliere la salute dalle merci e riaffermarla come diritto, ridurre l'interessenza economica e il danaro e ridare tempo e cura agli ammalati. Un'ennesima utopia? Dipende. Come ricordava Stefano Rodotà in un sua raccolta di saggi, pubblicati postumi nel volume *Vivere la democrazia*, Edizioni Laterza, 2018, la Corte Suprema dell'India ha stabilito in una sentenza del 2013 che il diritto di fissare liberamente il prezzo di un farmaco di largo consumo da parte di una casa farmaceutica è subordinato al diritto fondamentale alla salute di chi ne ha bisogno.⁵⁰

⁵⁰ Vedi “L'ultima lezione di Stefano Rodotà”, in *la Repubblica*, 35, Sabato 31 marzo 2018.

Copyright
Urbi et Orbi

Finito di stampare a Mendrisio nel mese di giugno 2018

