



Società Italiana di  
Gerontologia e  
Geriatria

EDITORIALE  
EDITORIAL

## Liberalizzazione, farmaci e geriatria

### Competition-based economics, drugs, and geriatrics

G. SALVIOLI

Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università di Modena e Reggio Emilia

**Parole chiave:** Liberalizzazione • Farmaci • Geriatria

**Key words:** Competition-based economics • Drugs • Geriatrics

Durante questa estate sono proposte novità in campo sanitario che riguardano marginalmente la medicina geriatrica; per esempio la disciplina, se esiste, delle Medicine non convenzionali (Mnc), comprendenti l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, la chiropratia e tanti altre, dovrà, secondo una proposta di legge, avere professionisti preparati; Medici, Odontoiatri e Veterinari, dopo aver ottenuto la laurea, potranno praticarle solo se "esperti" e registrati come tali per aver frequentato un master postlaurea che prevede 500 ore di lezioni frontali e 50 di esercitazioni di pratica clinica. Si ricorda che le Mnc sono inserite nel settimo programma per la ricerca e lo sviluppo della Comunità Europea. All'efficacia delle Mnc mancano riferimenti scientifici adeguati; questo settore è povero infatti di *evidence based medicine*; probabilmente l'iniziativa legislativa va incontro alla necessità di normalizzare situazioni poco chiare, che comunque non gravano e non graveranno sul bilancio della Sanità statale. Si tratta di un problema povero di contenuti reali e soprattutto utili alla salute dei pazienti anziani.

La stampa non dà rilievo al fatto che sia in atto una silenziosa svalutazione delle professioni alle quali si imputa insistentemente la presunzione d'evasione fiscale. La preparazione dei professionisti al contrario non è presa in considerazione: non è né lodata né messa in dubbio; sicuramente è mortificata da una burocrazia poco efficiente, ma dominante. In epoca di concorrenza, di costi e di servizi adeguati da offrire ai cittadini non preoccupa il fatto che il numero di Medici superi quello degli Infermieri. I veri problemi del cittadino, soprattutto se anziano, non sono chiaramente identificati per cui mancano iniziative conseguenti; non sono problemi risolti le liste di attesa, la difficoltà di accesso ai servizi, la mancanza di continuità delle cure e di assistenza (che non si esauriscono nella presenza fisica del Medico 24 ore su 24), la saltuaria negligenza, il resistente ageismo, il pensionamento tutto o nulla, l'uso improprio di farmaci da inopinata politerapia con reazioni avverse spesso non segnalate; c'è poi il problema dell'eccessivo ricorso alle badanti: solo nella città di Milano le badanti sarebbero, durante l'estate 2006, 48.000 con un aumento del 20% nell'ultimo anno: si può parlare di liberalizzazione spontanea legata alla scarsa efficienza dei servizi domiciliari e ai costi troppo elevati delle residenze per anziani? Si ha l'impressione che alcuni problemi sollevati dall'invecchiamento della popolazione siano affrontati con la liberalizzazione della immigrazione di più badanti.

Il significato di liberalizzazione fa riferimento solo alla competizione economica in alcuni settori; non fa dimenticare il ruolo soverchiante e probabilmente anacronistico dello stato in diversi ambiti come quello economico, educativo (università e scuole) e sanitario.

Un altro problema fondamentale di cui si parla è l'attività del primario ospedaliero, ancora lui, che non dovrà operare privatamente, fuori dall'ospedale: storia vecchia, ideologica e demagogica che non risolverà certamente i problemi della sanità.

Si dimentica invece che non pochi anziani vorrebbero essere utili più a lungo svolgendo un ruolo attivo nella società; per ora mancano i presupposti. Ho letto recentemente la frase seguente contenuta in un documento regionale e riportata su un quotidiano economico... *“favorendo l'interlocuzione tra istituzioni politiche e sistema dei servizi da una parte e popolazione dall'altra e assumendo come riferimento il miglioramento della salute attraverso una programmazione integrata”*: i contenuti complessi evidenziano le difficoltà della sanità quando sono affrontate con retorica.

Un'altra novità che non modificherà i problemi veri della sanità è che i farmaci di fascia C (quelli che non richiedono la prescrizione medica) saranno acquistabili anche nei supermercati dove sarà presente un Farmacista; il loro uso potrà così aumentare perché costeranno meno e saranno maggiori le occasioni, anche fortuite, per il loro acquisto (in Italia ogni cittadino spende 23 euro per i farmaci da banco contro una media europea di 33). Si dice e si legge che finalmente in Italia sarà come in Europa; un giornale autorevole titola “nei supermercati si vendono più farmaci che pasta”: strano concetto di educazione alla salute! Si dimentica che in molti paesi il Farmacista è utilizzato ampiamente per la corretta somministrazione dei farmaci ai pazienti ricoverati nelle corsie ospedaliere con l'obiettivo di ridurre i *medication errors* e le reazioni avverse, eventi frequenti nelle persone più vecchie, che consumano farmaci di ogni tipo; la funzione di presidio sanitario delle farmacie dovrebbe migliorare in molti settori delle cure rivendicando un ruolo fondamentale nelle cure complessive: si pensi anche alla *compliance* tanto nominata e tanto ignorata nella pratica corrente.

È ormai un'abitudine citare l'Europa (l'Italia è ampiamente inadempiente alle regole con oltre 250 richiami) come esempio quando si vogliono giustificare proposte di “liberalizzazione” e di concorrenza; ma non si può dimenticare che in Europa il numero di anziani assistiti a domicilio o residenti in strutture è molto maggiore rispetto all'Italia; da

noi prevale il ricorso alle badanti extracomunitarie che coprono le carenze dei servizi territoriali; in un recente passato gli anziani che vivono soli hanno pagato pesantemente le conseguenze di situazioni ambientali, sociali ed assistenziali sfavorevoli proprio nel periodo estivo.

Il comportamento prescrittivo dei Medici italiani può essere giudicato complessivamente, quasi virtuoso; la spesa farmaceutica è infatti una delle più basse d'Europa; elevata è invece la spesa non-farmaceutica, in particolare quella ospedaliera; le risorse per le cure territoriali sono invece persistentemente modeste anche se con differenze regionali importanti. La liberalizzazione di questo settore della sanità sarebbe fondamentale, ma non è previsto né auspicato; agenzie ad hoc, opportunamente accreditate, potrebbero rendere più appropriata ed efficace la sanità e l'assistenza agli anziani; in loro assenza i vecchi malati trovano spazio improprio negli ospedali per acuti.

La liberalizzazione della qualità nelle cure e nell'assistenza: dovrebbe essere incentivata anche promuovendo a vari livelli la ricerca con l'obiettivo di realizzare una Sanità più efficiente ed organizzata con grandi vantaggi per i malati più anziani. Questo processo dovrebbe cominciare dalle Facoltà mediche alle quali compete proporre modelli complessivi validati scientificamente ed efficienti di cure e di assistenza basati su una gestione manageriale che preveda rigorose verifiche dei risultati ottenuti; gli studenti potrebbero così apprendere e diventare protagonisti operando in un sistema innovativo. Per realizzare questo obiettivo è richiesta buona volontà, partecipazione e pragmatismo; è necessario il trasferimento di metodologie note e validate alla pratica quotidiana, cercando di privilegiare la *practice* nelle cure primarie; queste devono comunicare con il *setting* dominante ospedaliero utilizzando sistemi informatici che i futuri medici apprenderanno durante i corsi di laurea utilizzando crediti formativi attribuiti a discipline troppe teoriche. I corsi di dottorato di ricerca dovrebbero diventare comparabili con quelli europei. Il merito e la qualità devono essere rivalutati; l'obiettivo è l'innovazione e la formazione di “cervelli”; si parla troppo della loro fuga con possibile ed auspicato ritorno che non ha di fatto percorsi facilitati. Parlando della utilizzazione delle risorse economiche dello stato non si può dimenticare l'ingente spesa rappresentata dalle Provincie, vicina ai 20 miliardi di euro all'anno: non tutti comprendono la loro utilità effettiva. In compenso le risorse statali per la ricerca sono definite scarse anche se in linea con quelle delle altre nazioni europee occidentali il

nuovo governo non le aumenterà certamente anche se in passato le definì scarse come risulta anche da un rapporto su *Nature* del 16 Marzo 2006: incredibilmente in questi giorni è stata proposta senza clamore la restituzione allo Stato del 10% del fondo universitario per il funzionamento ordinario del 2006; non si deve dimenticare che il più grande committente nella ricerca è lo Stato che dovrebbe cercare di promuovere una società della conoscenza. Nonostante questo sono i contributi privati, quelli provenienti dalle industrie, che mancano all'Università italiana: ciò denota la sfiducia del mondo produttivo nella ricerca istituzionale, motivata dalla difficile burocrazia, ma anche da una qualità produttiva con modesto valore aggiunto. I giovani di oggi evitano le Facoltà scientifiche con grave pregiudizio per lo sviluppo futuro di settori fondamentali per lo sviluppo tecnologico. Nel nostro caso il punto di riferimento è rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il quale i rapporti continuano ad essere precari e caratterizzati da scarsa reciprocità: le Facoltà mediche, distratte dai riti anacronistici delle leggi universitarie, sono trainate dal SSN che decide da solo gli indirizzi e le strategie nella cura e nell'assistenza ai malati ospedalieri e territoriali, compresi quelli più anziani: purtroppo le Facoltà mediche non si sono sentite usurpate o sottovalutate da questa esclusione.

Fra le conseguenze i Corsi di laurea triennali (in particolare Infermieristica e Fisioterapia - con particolare impatto sulla qualità delle cure e dell'assistenza) sono persistentemente trascurati come è dimostrato anche dalla carenza cronica di Docenti con competenze specifiche nei settori della riabilitazione e del *nursing*.

Le regole per l'accreditamento della Scuola di specializzazione di Geriatria hanno messo a nudo le carenze dell'Università; le Facoltà mediche non sono in grado di offrire le competenze specifiche peraltro richieste proprio da un Osservatorio nazionale della medicina specialistica del Ministero dell'Università (che evidentemente non conosce la realtà delle strutture affidate alla direzione universitaria).. È tempo che i *curricula* formativi tengano in considerazione le esigenze della Medicina reale, correggendo le carenze strutturali della didattica medica nella quale la Geriatria deve trovare spazi sempre maggiori soprattutto sul territorio: il legislatore non ha avuto fino ad oggi sensibilità adeguata ai problemi citati.

Lo spostamento epidemiologico verso le malattie croniche che inducono serie conseguenze per la qualità della vita è spesso oggetto di interesse molto declamato, con risultati per ora soltanto teorici;

forse mancano competenze operative nel settore sanitario, il cui sviluppo è fortemente condizionato da scelte alle quali manca il contributo accademico. Tante volte la Medicina Accademia si è lamentata dell'occupazione impropria dei letti ospedalieri da parte di questi nuovi malati con comorbilità rilevante e gradi variabili di disabilità senza mai proporre soluzioni; questi malati di solito vecchi, sono stati troppo a lungo dimenticati dalla ricerca clinica, esclusi dai *trial* di efficacia e anche dalla didattica formativa. La disabilità (presente nel 30% almeno dei soggetti di età 75-84 anni) non è mai entrata, considerata e valutata nelle comuni cartelle cliniche; in queste gli strumenti raccomandati dalla Geriatria sono scarsamente presenti; anche per queste ragioni la prevenzione e la riabilitazione e i problemi della dimissione ospedaliera non sono mai state obiettivi rilevanti del corso di laurea in medicina e non solo. Le carenze anche qualitative dei servizi sanitari dipendono anche da questi e da altri fattori: l'ospedale per acuti rappresenta il punto di riferimento incontrastato anche per i malati affetti da malattie croniche ed è ancora il centro fondamentale della didattica medica che risulta parziale ed inadeguata alla realtà sanitaria.

L'Università non è istituzione apprezzata, non è il centro di riferimento del potere intellettuale, non ha sponsor adeguati; non ha la fiducia delle grandi industrie che manifestano scarse ambizioni di ricerca e sviluppo e pertanto non propongono programmi all'Università. Si pensi alla organizzazione e allo sviluppo delle Università di *Harvard* o di *Yale*, ma non sono le sole; esse utilizzano patrimoni enormi e sono destinatarie di risorse private tali da garantirne l'autonomia intellettuale che dovrebbe essere una caratteristica fondamentale dei Docenti universitari; nelle Università citate il potere decisionale è affidato a un *board* di poche persone, agili e capace di rispondere adeguatamente rapidamente agli eventuali risultati negativi. Da noi è persistentemente diverso, forse le apparenze sono di una maggiore democrazia, ma i risultati, quelli che contano nel settore medico sembrano modesti soprattutto i rapporti di collaborazione con il servizio sanitario nazionale: fra le conseguenze negative ricordiamo ancora la qualità della formazione dei Medici e degli specializzandi (in Geriatria), persistentemente inadeguata alla realtà e alle esigenze del SSN e soprattutto dei cittadini sempre più vecchi; è auspicabile una maggior liberalizzazione nel settore medico-sanitario e sociale, in particolare in quello riguardante gli anziani: anche questa crescente categoria di cittadini vuole pensare più positivamente al futuro.