

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

ARTICOLO 32 – LEGGIAMOLO MEGLIO

OCCORRE IL CORAGGIO DI DIRE LE COSE COME STANNO

A cura di: **STEFANO DEL MISSIER**
Direttore Editoriale Italian Health Policy Brief

INTRODUZIONE

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”.

È un dato di fatto che, nel nostro paese, l’art.32 sia conosciuto come l’articolo del “diritto alla salute”, ovvero l’articolo che sancisce come lo Stato si debba occupare di mantenere la salute dei cittadini o di ripristinarla in caso di perdita della stessa. Con “salute”, dalla dichiarazione dell’OMS in avanti, intendiamo probabilmente una definizione ampia, un bene che risulti scontato cadere sulle spalle della collettività. Infatti, in estrema sintesi, a partire dalla riforma sanitaria del 1978 tutto ciò che è stato messo a disposizione dall’evoluzione della medicina, della conoscenza scientifica, e della pratica clinica, rientra nel diritto del cittadino ad usufruirne gratuitamente. Abbiamo vissuto anni in cui questo schema di interpretazione del dettato costituzionale ha avuto una sola traduzione: “tutto a tutti”. Purtroppo, questo schema non solo non è mai stato effettivamente messo in pratica, ma è stato anche l’incipit di una deriva annunciata della sostenibilità dello stesso. Non è mai stato possibile perché la storia del nostro sistema sanitario è anche una storia di iniquità, di differenze di accesso e/o di qualità delle prestazioni, dell’assistenza e delle cure rese ai cittadini: risposte diverse a seconda di dove si nasce e si vive, si tratta di una situazione ben oltre e a prescindere dal “regionalismo” iniziato negli anni novanta e di cui si discute oggi. Questa deriva era già stata annunciata anche per via dell’invecchiamento demografico, con conseguente crescita esponenziale dei bisogni e l’allargamento continuo del perimetro della domanda prestazionale a carico della collettività, bisogni che non hanno mai avuto un controbilanciamento sul lato della corresponsabilità del finanziamento da parte dei cittadini, singoli, associati o assicurati che fossero. Il nostro sistema non sta più in piedi e sta diventando anche poco attrattivo per chi ci potrebbe o vorrebbe lavorare. Stiamo parlando di problemi enormi, che meritano soluzioni non proprio alla portata di tutti i decisori in campo. Per questo riteniamo che il dibattito su come risolvere i gravi problemi odierni, paradossalmente, debba ripartire proprio dal dettato costituzionale: magari ripartendo da quella parte poco (o mai) citata del testo normativo in cui si specifica che la gratuità delle cure è solo per gli indigenti e che per gli altri si debbano trovare soluzioni di compartecipazione alla spesa, diverse, alternative o integrative che siano.

L'ATTUALE CONTESTO POLITICO ECONOMICO

Fin dall’inizio del nuovo secolo, con la crisi economico-finanziaria globale che abbiamo attraversato - i gravi problemi del mondo contemporaneo, l’impatto post pandemico e le crisi belliche in corso un po’ in tutto il mondo - abbiamo assistito a profondi processi di mutamento sociale del tessuto comunitario italiano, così come di quello europeo, sotto diversi aspetti:

- il precariato nei modelli organizzativi nell’attività economica e nel lavoro;

- le diverse forme/formule di composizione dei nuclei famigliari;
- l’invecchiamento progressivo nella curva demografica;
- la multiculturalità e la multiethnicità nelle quotidiane forme di convivenza.

Il risultato complessivo porta ad una popolazione che diventa sempre più fragile e sempre più vulnerabile, sia in termini economici che socio relazionali. Per il sistema salute questo nuovo contesto sociale ha generato la prevalenza di cronicità e fragilità nella domanda di servizi, di gran lunga dominante rispetto alle classiche attività di cura e riabilitazione che si manifestano nella fase acuta del

bisogno, rendendo di fatto superati i vecchi modelli su cui si fondavano i sistemi sanitari nei paesi avanzati.

IL NOSTRO SISTEMA SANITARIO

La prevalenza di una domanda di assistenza e cura nel tempo ha messo in crisi un sistema universalistico, fondato e cresciuto sul modello della produzione di prestazioni risolutive di uno specifico problema. Il welfare moderno richiede invece una capacità di lettura spazio-temporale del bisogno molto diversa da quella cui

La prevalenza di una **domanda di assistenza e cura nel tempo ha messo in crisi un sistema universalistico, fondato e cresciuto sul modello della produzione di prestazioni risolutive di uno specifico problema.**

siamo abituati, individuando nella differenziazione e nell'integrazione delle unità di offerta il punto di partenza per la sua ridefinizione. In una fase storica in cui le risorse sono comunque quantificate e definite (e vedremo più avanti i problemi legati al loro dimensionamento), solo l'integrazione tra le diverse politiche di welfare (salute, sociale, lavoro, casa, etc.) può permettere una più efficace allocazione della spesa. Di fatto si tratterebbe di spostare le risorse dalle unità di offerta del sistema alle persone: ma questo è facile solo a dirsi e, in un mondo caratterizzato da forti esigenze di trasversalità e di integrazione, l'unico modo con cui si è cercato di "mediare" a questo radicale cambio di paradigma e sostenere nuovi scenari di bisogno è stata la creazione di reti (organizzative e di patologia) nelle loro varie accezioni. Tuttavia, neanche la creazione delle reti è stata sufficiente a reggere l'impatto dei profondi cambiamenti avvenuti, proprio perché le reti erano organizzate dal lato offerta, e non dal lato della domanda, ovvero l'unico frangente in cui sarebbe possibile spostare le risorse sulle persone e sui pazienti, in particolare quelli che più assorbono le risorse del sistema di tutela della salute.

LA CRONICITÀ

È noto come circa il 20% della popolazione assorba l'80% della spesa sanitaria, ed

è abbastanza evidente che la sostenibilità di un qualunque sistema si basi sulla sua capacità di governare i processi di assistenza e cura delle cronicità in modo efficace e con grande efficienza nell'utilizzo delle risorse. Di quale cronicità si fa carico il sistema? In quali forme e in quali "quote"? La prevenzione sistematica in quelle malattie ad alto tasso di cronicizzazione può diventare una politica strategica efficace, nella misura in cui sarà in grado di promuovere (addirittura imporre) stili di vita salutari a partire da evidenze scientifiche consolidate, in modo da rendere le persone protagoniste del loro benessere. Ma come è possibile senza una presa di coscienza collettiva, senza un nuovo e trasparente "patto per la salute", senza una corresponsabilità tra chi offre e chi consuma?

UN PRIMO QUADRO DI SINTESI

Il problema ad oggi è eclatante, dopo anni in cui ci siamo crogiolati nel ritenere il nostro sistema sanitario fra i primi al mondo e dopo la sbornia data da soluzioni sistemiche top-down post Covid-19, la situazione si è scoperta critica, dato che:

- manca il denaro, e quello che c'è, molto probabilmente, è speso male;
- mancano professionisti sanitari e comunque, a dire il vero, mancano più gli infermieri che i medici;
- mancano strutture con un'offerta adeguata al bisogno, perché l'ospedale non è più la risposta a tutto, ci vuole il territorio e questo lo stiamo "strutturando" invece che processarlo;
- manca la politica e, forse, anche il management...

Inoltre, lo dicevamo già nel 2020 in piena pandemia Covid-19¹, il nostro paese deve risolvere antiche e mai risolte dicotomie su:

- Stato contro Regioni, pur sapendo già che la sanità è correttamente in mano alle Regioni, sia per un'oggettiva razionalità rispetto alla migliore organizzazione dei servizi (ed è così in tutti i paesi progrediti), sia perché le strutture centrali non brillano da tempo nello svolgimento solo del proprio ruolo;
- sistema Pubblico contro sistema Privato, pur sapendo che il ruolo della sanità privata è imprescindibile per la garanzia del diritto alla salute nel nostro paese, non solo per la parte ospedaliera ma an-

che e soprattutto per le cure intermedie;

- Ospedale contro Territorio, pur sapendo che l'ospedalizzazione delle cure (altra faccia del fenomeno di medicalizzazione della società) si può perpetuare anche con la scelta di dare un maggior margine al "territorio" (come dimostrato dalla scellerata riforma lombarda del 2015² o dal DM77 con cui lo si è voluto "infrastrutturare", con ospedali o case di comunità);
- Organizzazione Aziendale contro Organizzazione Statale, pur sapendo che la necessità di gestire con risorse scarse sia prerogativa più da economisti che da giuristi.

Tutti questi punti di discussione risultano però inutili, perché non abbiamo mai una visione di insieme da proiettare di qui a qualche anno che ci aiuti a prendere oggi decisioni alte, che ci traggano il futuro con un programma solido, di ampio respiro, che resista alle tentazioni demagogiche e che renda equo e sostenibile quello che si offre in risposta al bisogno di salute dei cittadini.

Proprio per questo riteniamo che, sullo sfondo, ci sia la necessità di un Nuovo patto per la salute, perché un nuovo sistema di tutela per la collettività non può prescindere da un'adeguata informazione, discussione e partecipazione della collettività stessa. Quindi, se non vale più il "tutto a tutti", come possiamo argomentare diversamente il dettato costituzionale? E questa diversa argomentazione riguarda sia il "tutto", ovvero il contenuto di "salute quale diritto fondamentale dell'individuo", sia il "a tutti", ovvero chi siano le persone cui la Repubblica "garantisce cure gratuite".

UN DIBATTITO DA SEMPRE POCO (E MALE) INFORMATO

Impostare una riforma del nostro sistema sanitario significa toccare il tema dell'assetto istituzionale, così come del finanziamento e dell'organizzazione del sistema stesso. È possibile farlo se la percezione che la collettività ha dell'esistente è mediamente abbastanza falsata (come dimostrato da una recente indagine demoscopica³)? Come facciamo a parlare di adeguata spesa sanitaria se il dibattito è continuamente centrato sulla presunta mancanza di 35 mld di euro al SSN quando, nel ventennio tra il 2000 e

Nota 1 - "IL SENNO DI POI. Il SSN alla prova del coronavirus: imparare e ripartire", IHPB IST, n.03, aprile 2020.

Nota 2 - Con la Legge Regionale n.23/2015, la Lombardia decise di "trasferire" alle aziende Ospedaliere la gestione dei servizi territoriali: questo non solo non ha garantito la territorializzazione delle cure, ma ha in molti casi depauperato il territorio di quel poco che c'era, rendendo gli ospedali ancor più necessari e centrali nei percorsi di cura.

Impostare una riforma del nostro sistema sanitario significa toccare il tema dell'assetto istituzionale, così come del finanziamento e dell'organizzazione del sistema stesso.

Il 2019 la spesa nominale è cresciuta di oltre il 60% (da 1.179€ a 1.904€ pro-capite), mentre quella reale è cresciuta del 20% (da 1.547€ a 1.856€ pro-capite)?

Forse potremmo valutare il senso di tale affermazione relativizzandola all'andamento della spesa sanitaria in Europa, ma è un fatto che la nostra spesa sanitaria pro-capite pubblica rimanga inferiore solo ad alcuni paesi (tipo Germania o Francia, con economia e finanza pubblica migliori) e superiore ad altri.

Appunto: è relativo. Anche volessimo utilizzare come termine di confronto il peso della spesa sanitaria sul PIL, notando che siamo tra gli Stati che meno spendono, ci sarebbero troppi bias per definire quella che dovrebbe essere la "spesa giusta", a partire dal fatto che il PIL totale fa sempre 100, e un punto di PIL in più alla sanità significa un punto di PIL in meno da un'altra parte...

Quale? Previdenza, istruzione, sicurezza sociale, etc.? Inoltre, anche ammesso che si individuino un peso percentuale sul PIL che sia ritenuto ottimale, e che si condivida a quale tipologia di tutela verrà tolto, il PIL è diverso da paese a paese, così come il costo della vita, gli stipendi degli operatori sanitari, il costo delle medicine, etc.

In un mondo globalizzato non è oggettivamente fattibile ricorrere a modelli autarchici chiusi, e soprattutto non lo è per paesi che dipendono dalle relazioni commerciali.

E se, infine, volessimo anche parlare della qualità della nostra spesa sanitaria, a che cosa dovremmo fare riferimento?

È un dato di fatto, per esempio, che non ci sia correlazione tra spesa e aspettativa di vita, come dimostrato dalle recenti stime Eurostat⁴ per le quali tra i paesi con le maggiori aspettative di vita figurano Spagna (84,0) e Italia (83,8), ovvero paesi UE che spendono meno - in percentuale del proprio PIL - per la sanità rispetto ad altri; sicuramente meno della Germania che ha un'aspettativa di vita decisamente più bassa (81,2).

Quindi, tenendo in considerazione questi fattori, come rispondere agli oggettivi segnali di sofferenza del sistema? Magari è solo una questione di spendere meglio quello che spendiamo.

Da ultimo, oltre al tema del finanziamento, il dibattito dovrebbe cominciare ad aprire il vaso di pandora dei servizi offerti, delle modalità di accesso, delle prestazioni comprese e di quelle non comprese nel paniere dell'offerta pubblica, dei criteri con cui lo Stato debba intervenire nella dinamica del rapporto tra domanda e offerta e dove, invece, se ne debba astenere, pur garantendo, ovviamente, il livello di qualità minimo per poter entrare nel comparto dei servizi sanitari.

Tuttavia, come possiamo valutare la qualità dei servizi in un sistema così variegato e frammentato? Inoltre: ci riferiamo alla qualità delle strutture, dei processi di cura o dell'esito della stessa? Può bastarci che la misurazione più oggettiva sia data dal "monitoraggio dei LEA", per il quale solo in un paio di Regioni la qualità non sia nettamente migliorata tra il 2012 e il 2019 (anno della pandemia)? Può bastarci il Piano nazionale degli Esiti, di modo da capire, almeno per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, chi cura meglio le diverse patologie nel nostro paese?

Stabilire quante risorse necessitano al SSN dipende dalla capacità di definire cosa ci sta nel "tutto" e quali siano le categorie di persone che devono essere estrapolate dal "tutti".

Infatti, se consideriamo il nostro SSN universalistico secondo il modello Beveridge, non potendo immaginare di incrementare la spesa o di andare avanti per inerzia in attesa di qualche altro scossone pandemico, possiamo solo pensare di ridurre il finanziamento e/o l'offerta dei servizi, dando luogo a nuove riforme per

assicurarci risorse e/o aumentare il ricorso alle tasche dei cittadini, così come alla riduzione dei pacchetti di offerta prestazionali. Ma è possibile dire pubblicamente queste cose? Il dibattito, comunque, deve uscire dalle secche social in cui si è incanalato negli ultimi anni, soprattutto con la pandemia Covid-19, grazie alla quale non solo abbiamo perso la possibilità di riflettere unitariamente, per svolgere una riflessione comune in grado di avere proposte su cui far convergere il massimo consenso possibile, ma non ne abbiamo neanche approfittato per tagliare definitivamente gli evidenti rami secchi o per dare spazio all'innovazione che ci aveva supportato nei vincoli imposti dalla pandemia. È possibile trovare ambiti in cui recuperare questo tipo di dibattito?

CONCLUSIONI

Se il dettato costituzionale vale nel considerare la salute un diritto, deve poter valere anche nella sua indicazione che la gratuità dei servizi è appannaggio solo per gli indigenti.

Questo significa rivedere profondamente il sistema di finanziamento e, da un lato, capire chi siano gli "aventi diritto" alla piena gratuità dei servizi e, dall'altro, differenziare gli altri cittadini per quanto riguarda il "cosa" debba essere gratuito e cosa no e il "come" tali cittadini debbano contribuire al pagamento dei servizi non gratuiti. Se accettiamo che questa nuova formulazione del patto di salute sia l'obiettivo condivisibile, si apre un importante lavoro sulla nuova definizione dell'assetto istituzionale del SSN (ponendo una grande attenzione al dibattito sul federalismo differenziato), alla sua organizzazione (differenziazione e diversificazione della rete e dei presidi ospedalieri dai servizi territoriali) e alle necessarie risorse (rinuncia all'universalismo con la riduzione del perimetro dell'assicurazione pubblica - i LEA - e/o la selezione tra servizi/cittadini per definire nuove modalità di compartecipazione alla spesa). Solo in questo modo sarà possibile svolgere la necessaria riflessione (seria e ripulita da qualunque preconcetto ideologico) su quanto spazio lo Stato dovrà "rilasciare" alla società, ovvero su quale ruolo essere lasciato ai soggetti privati, sia nell'ambito delle strutture di offerta dei servizi che nell'ambito della copertura del rischio/compartecipazione al finanziamento.

Nota 3 - Si veda M.Bordignon e G.Turati, "I dilemmi del Servizio Sanitario nazionale presente e futuro", Laboratorio Futuro dell'Istituto Toniolo, maggio 2023.

Nota 4 - Life expectancy at birth, 2023, PROVISIONAL DATA, EUROSTAT ESTIMATE, Source Dataset: demo_mlexpec.

IHPB
ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

Italian Health Policy Brief

ANNO DI PUBBLICAZIONE

Anno XIV - N° 3 2024

DIRETTORE EDITORIALE

Stefano Del Missier

DIRETTORE PROGETTI ISTITUZIONALI

Marcello Portesi

ALTIS

Editore

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ivana Marcon

CONTATTI

+39 02 495383300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.