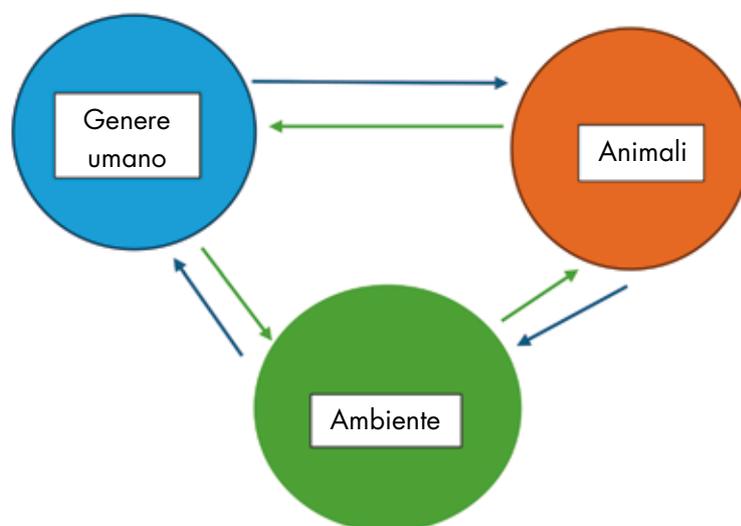


## Un pensiero circolare per una salute di qualità

Elio Borgonovi\*

*Ci sono parole, concetti che caratterizzano un determinato periodo storico. Nel campo dei sistemi sociali, e in particolare del sistema di tutela della salute, da alcuni anni sono entrati prepotentemente nel dibattito e nella riflessione i termini di interdipendenza, complessità, incertezza, su cui Mecosan si è soffermata più volte nel recente passato. Si è poi passati al tema di ONE Health per indicare l'interdipendenza tra salute/rischi per la salute umana, animale, ambientale (in senso lato ecosistema). Ora il concetto di ONE Health è stato ulteriormente sviluppato in quello di "salute circolare" nel duplice senso evidenziato dal seguente schema.*



*Sono tanti gli esempi di relazioni circolari, tra i quali se ne possono scegliere alcuni. Il consumo di carni a prezzi contenuti influenza l'allevamento di animali (ovini, bovini, pollame ecc.) in modo intensivo con l'uso di antibiotici che inquinano l'ambiente, vengono assorbiti dai prodotti vegetali e aumentano l'antibiotico-resistenza nelle persone. Allo stesso modo, le varie forme di inquinamento (aria, acqua, terreni) aumentano le allergie nelle persone, che modificano i comportamenti alimentari nei confronti degli animali.*

*Persone vegetariane assumono proteine vegetali invece che animali e quindi modificano anche il rapporto tra ambiente e animali. Comportamenti vegani hanno riflessi sia nei confronti degli allevamenti di animali sia nei confronti dell'ambiente. Senza parlare dei salti di specie dei virus che dall'animale passano alle persone, le cui problematiche di salute si riflettono sull'ambiente, come è accaduto con il lockdown che per alcuni mesi ha avuto un effetto sulla diminuzione dell'inquinamento, ma che allo stesso tempo ha aumentato l'assunzione di psicofarmaci che sono passati nelle fognature, generando l'esigenza di smaltimento di mascherine o di altri materiali utilizzati per esempio nelle terapie*

\* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

*intensive. Ancora si può parlare dei rifiuti più o meno tossici che inquinano l'ambiente e hanno effetti negativi sulla salute degli animali e delle persone.*

*Si possono citare anche strumenti di diagnosi e cura che usano materiali nocivi, che se non sono smaltiti in modo adeguato hanno riflessi su animali e persone che vengono a contatto con essi.*

*Il riscaldamento della terra e dei mari ha portato specie di pesci e zanzare in zone nelle quali non erano presenti, con modificazioni dell'equilibrio nel mondo animale e riflessi per le persone (per esempio zanzare tigre, granchi blu, i recenti casi di Dengue a Pesaro ecc.).*

*Un secondo aspetto di circolarità può essere analizzato a due livelli concentrici: quello tra bisogni di salute e risorse e quello tra domanda e offerta di prestazioni. Il bisogno di salute è stato definito dalla legge n. 833/78 e da tanti documenti nazionali e internazionali come "recupero, mantenimento, promozione del benessere fisico, psichico, sociale, relazionale, spirituale (in senso laico o religioso)", concetto questo spesso ricordato negli editoriali di Mecosan perché si tratta di un pilastro fondamentale. Per risorse si intendono tutte le forme di energie che possono essere messe in campo, medici e infermieri, altre professioni sanitarie con le loro conoscenze, capacità, competenze e comportamenti, strutture fisiche, tecnologie, materiali di consumo ecc. Nelle economie moderne le risorse possono essere quantificate in termini omogenei attraverso l'unità di misura della moneta, quindi si può parlare di finanziamenti che servono ad acquisire i fattori produttivi reali.*

*La domanda può essere definita come richiesta esplicita di prestazioni ritenute idonee a recuperare, mantenere o promuovere il benessere. Fra i due concetti non vi è sovrapposizione completa e univoca, in quanto il passaggio da bisogno a domanda è influenzato da vari fattori quali:*

- *il bisogno non è percepito dalle persone che, per esempio, non aderiscono a programmi di screening precoce;*
- *il bisogno non è percepito dalle persone con basso livello di istruzione o per culture che considerano condizioni di malessere come qualcosa che non può essere modificato;*
- *il bisogno non si traduce in domanda a causa di povertà, condizione ampiamente presente nei Paesi a basso reddito o in gruppi economicamente svantaggiati anche nei Paesi a elevato reddito;*
- *esiste una domanda non correlata al bisogno (prestazioni inappropriate) a causa di un inadeguato aggiornamento di medici, infermieri e altri professionisti, medicina difensiva, stimolata dall'offerta per motivi economici (aumento delle remunerazioni di professionisti, profitto nelle aziende sanitarie private, aumento del finanziamento nelle aziende sanitarie pubbliche per prestazioni tariffabili);*
- *la domanda può aumentare per motivi psicologici, per esempio persone ipocondriache, ecografia per conoscere con largo anticipo il sesso dei nascituri, prestazioni di chirurgia estetica ecc.;*
- *in sintesi, si può parlare di domanda latente/inespressa (quando è inferiore al bisogno), domanda appropriata (quando consente di rispondere efficacemente al bisogno), domanda superflua o inappropriata (quando è eccessiva rispetto al bisogno reale).*

*Anche i concetti di risorse e offerta non sono completamente sovrapponibili, in quanto la capacità di produrre prestazioni idonee a soddisfare la domanda dipende da:*

- *ammontare complessivo delle risorse che un sistema economico ritiene o è in grado di destinare alla tutela della salute, sia nella componente pubblica (finanziamenti del SSN o finanziamenti pubblici concessi ad assicurazioni sociali) sia nella componente privata (spesa diretta delle famiglie, contributi a fondi solidaristici, premi per assicurazioni private);*
- *distribuzione delle risorse tra diverse regioni, ASL e AO, strutture all'interno di ASL e AO;*
- *efficienza nell'impiego delle risorse che è collegata alla qualità dei processi assistenziali, amministrativi, organizzativi, gestionali;*
- *integrazione di finanziamenti derivanti da diversi canali, per esempio INPS per persone con invalidità, fondi comunali o regionali per la lungodegenza e la non autosufficienza, finanziamento del SSN;*

- duplicazione o frammentazione tra le diverse strutture e servizi di offerta che determinano la moltiplicazione di prestazioni e la produzione di prestazioni non idonee a soddisfare i bisogni;
- capacità di attivare in modo efficace tutte le risorse, per esempio sperimentazioni cliniche che consentono di ottenere risorse dalle imprese, ricorso organico al volontariato e alle forme di associazionismo nell'ambito territoriale.

A seguito della rivoluzione industriale, e in particolare nel XX secolo, si è culturalmente imposta l'equivalenza tra i concetti di benessere, uguale welfare, uguale disponibilità, quantità e qualità di beni e servizi. Questo concetto ha caratterizzato la cosiddetta "società consumistica" che nel campo di tutela della salute può essere definita come "salute delle prestazioni" che ha sostituito la "salute dei bisogni". Questo passaggio può essere espresso nella circolarità di seguito riportata.



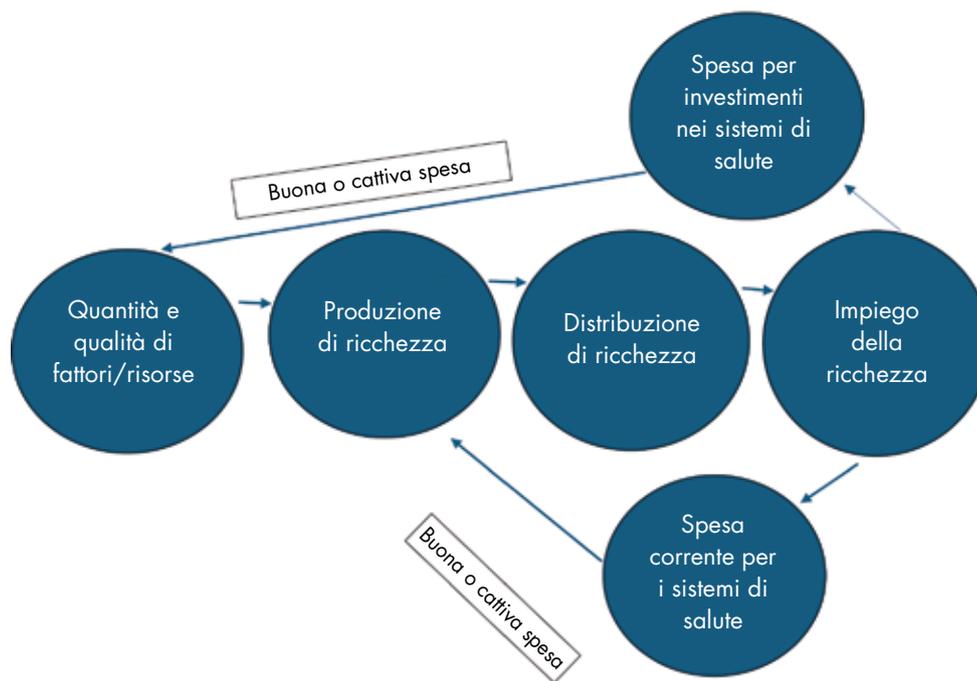
La finalità istituzionale sociale ed etica di un sistema di tutela della salute è quella di un equilibrio sempre più soddisfacente tra risorse e bisogni. Nei diversi modelli (di servizio sanitario, mutualistico/assicurazioni sociali, assicurazioni private con integrazioni pubbliche per particolari gruppi, misto) la circolarità viene perseguita con regole diverse secondo la logica per cui l'aumento dei bisogni a seguito del progresso scientifico deve stimolare l'attivazione di risorse (pubbliche e private) in grado di seguire e rispondere adeguatamente ai bisogni. Simmetricamente, l'aumento di risorse, per esempio per l'aumento dei PIL, consente di rispondere in modo sempre più soddisfacente (in termini quantitativi e qualitativi) ai bisogni. Nel concreto accade invece che i sistemi attuali sono regolati dalla ricerca dell'equilibrio domanda-offerta di prestazioni. La circolarità è duplice in quanto l'aumento della domanda (correlata o non correlata al bisogno) stimola l'aumento dell'offerta, ma a sua volta l'aumento dell'offerta genera la propria domanda per giustificare la propria esistenza o per perseguire finalità di tipo economico quali remunerazioni più elevate per i professionisti, profitti per le aziende private che operano nel settore, aumenti dei profitti per le imprese fornitrici del settore (aziende farmaceutiche, produttrici di device, di sistemi informatici, di altri beni e servizi).

Questa seconda circolarità può portare a tre diverse situazioni: nella prima si ha una domanda superiore ai bisogni (situazione cosiddetta di eccesso di prestazioni – overtreatment) che da un lato causa i lunghi tempi di attesa e dall'altro mette in crisi la sostenibilità economica, perché richiede risorse sempre più rilevanti sottratte ad altri bisogni. Nella seconda i vincoli sull'offerta (contenimento sulla spesa pubblica, mancanza di personale, basso reddito delle famiglie per consumi sanitari privati) si traducono in una selezione della domanda (prestazioni insufficienti – undertreatment) e quindi in un più basso livello di risposta ai bisogni. Nella terza le strutture di offerta selezionano la domanda sulla base di convenienza economica (tipicamente strutture private, cosiddette profit) oppure a seguito di una errata programmazione (tipicamente strutture pubbliche) con un effetto di overtreatment per i gruppi socialmente ed econo-

micamente forti e di undertreatment per i gruppi socialmente ed economicamente deboli. Il passaggio dalla logica di “salute di attesa” a quella di “salute di iniziativa” persegue la finalità di passare dalla circolarità del secondo tipo (domanda-offerta) a quella originale del primo tipo (bisogni-risorse).

Le considerazioni sulla duplice circolarità suggeriscono una riflessione sulla circolarità che collega l'aumento della ricchezza alla spesa sanitaria. Essa si fonda sulla distinzione tra spesa sanitaria corrente considerata come “consumo della ricchezza prodotta” e spesa per investimenti che viene considerata non solo come consumo della ricchezza, ma anche come contributo all'aumento della capacità di offerta e/o della produttività del sistema.

Una classificazione che fa riferimento alla natura dei fattori produttivi e non agli effetti della spesa per la salute sull'evoluzione del sistema economico. Infatti, vi possono essere investimenti in edifici, impianti, attrezzature e tecnologie sanitarie, sistemi informativi che non tengono conto delle reali esigenze di salute e che restano inutilizzati (o scarsamente utilizzati), non correlati ai bisogni che aumentano solo il circuito domanda-offerta nel breve periodo, ma non contribuiscono all'aumento della capacità di offerta o della produttività. Al contrario vi possono essere spese correnti per prevenzione, diagnosi precoce, formazione e riqualificazione del personale, ma che possono avere effetti molto positivi anche nel medio-lungo periodo sull'aumento della produttività e, soprattutto, sulla capacità di spostare l'evoluzione dall'equilibrio domanda-offerta a quello bisogni-risorse come in precedenza segnalato. Si propone quindi una classificazione tra “buona” e “cattiva” spesa per la salute (distinzione proposta da Mario Draghi in varie occasioni e in vari documenti) in sostituzione di quella tra spesa corrente e spesa per investimento. La buona spesa è quella che contribuisce a sostenere uno sviluppo economico sempre migliore e sostenibile, la cattiva spesa è quella che determina l'utilizzo di ricchezza con un depotenziamento/depau-peramento delle potenzialità di sviluppo futuro. Questa circolarità è sintetizzata nello schema seguente.



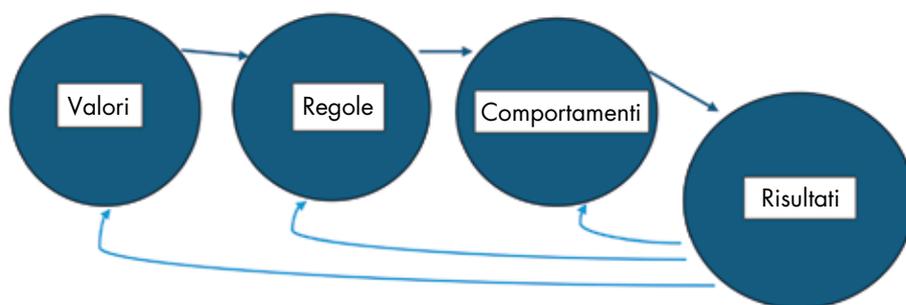
La spesa per investimenti aumenta la dotazione di fattori produttivi e di risorse, se buona contribuisce a migliorare la produzione di ricchezza (per esempio device e tecnologie utili), se cattiva non contribuisce ad aumentare la produzione di ricchezza o causa spesa che non migliora la salute. La spesa corrente aumenta la domanda aggregata e influenza la produzione di ricchezza: se è buona contribuisce a soddisfare bisogni reali, se è cattiva contribuisce a produrre prestazioni inappropiate o comunque non correlate al soddisfacimento di bisogni reali.

La dimensione economica dei sistemi di tutela della salute induce a riflettere su un quarto tipo di circolarità che può essere definita “trappola della povertà”. Nei Paesi a basso reddito o nei gruppi sociali che si collocano sotto il livello di povertà relativa o assoluta anche nei Paesi sviluppati, la povertà ha effetti negativi sulla salute, che a sua volta può essere causa di disoccupazione o comunque di limitato contributo alla produttività del Paese.

Questa circolarità, evidenziata nello schema seguente, può essere originata anche dalla perdita di posti di lavoro a seguito dell’evoluzione tecnologica che indebolisce i ceti medi spingendoli nella sfera della povertà, che a sua volta può causare la rinuncia a servizi di prevenzione, diagnosi e cura, con un peggioramento della salute che si riflette negativamente sulla possibilità di trovare nuove occupazioni. Un circolo vizioso che può autoalimentarsi in assenza di politiche pubbliche o di interventi di soggetti privati profit o non profit.



Un quinto tipo di circolarità riguarda le relazioni, valori (antropologici, filosofici, etici, religiosi), regole (istituzionali, organizzative, sociali), comportamenti (coerenti, non coerenti con le regole, professionali), risultati (di salute) secondo lo schema di seguito riportato.



Al contrario dei sistemi naturali, nei sistemi sociali le regole dipendono dai valori degli individui e dei gruppi sociali organizzati in diverse forme statuali. A loro volta le regole non determinano in modo deterministico i comportamenti poiché le persone sulla base di valori, poteri, autonomia possono decidere di rispettare o non rispettare le regole sociali, istituzionali e organizzative, o possono mettere in campo diversi livelli di professionalità. I risultati di salute dipendono soprattutto dai comportamenti reali. Lo schema mette in evidenza tre tipi di circolarità. La prima evidenza che

sulla base dei risultati (per esempio indicatori di performance) si modificano i comportamenti. Ciò accade quando si usano metodologie tipo *best practice*, imparare dalle esperienze altrui o si impongono interventi per richiedere/imporre la conformità a standard o indicatori di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità. Una seconda circolarità è quella che porta a modificare le regole quando i risultati sono considerati non soddisfacenti o non accettabili sul piano organizzativo, istituzionale, sociale. Tuttavia la modifica delle regole è solo una e non la sola condizione per modificare in senso positivo i risultati. Il terzo tipo di circolarità è quello che si ricollega ai valori. Oggi questo tipo di circolarità viene spesso dimenticato anche se è quello fondamentale in quanto influenza i comportamenti che possono generare risultati di salute diversi (positivi o negativi) anche in presenza di regole inadeguate, non chiare, contraddittorie, come spesso accade.

Comportamenti di persone che hanno forti principi di vocazione per le professioni sanitarie, professionalità, attenzione al paziente, senso delle istituzioni, senso del dovere, sostengono la qualità dell'assistenza, alimentano la fiducia e la credibilità delle strutture del SSN nelle quali operano, contribuiscono positivamente alla sostenibilità. Strategie e politiche delle aziende sanitarie focalizzate su collaborazione, relazioni, cultura, esprimono l'attenzione ai valori e sono ben diverse da quelle che invece privilegiano metodi, tecniche, strumenti guidati da principi di razionalità, ottimizzazione, competizioni, misurazioni quantitative in applicazione del mantra manageriale secondo cui "non è migliorabile ciò che non si può misurare".

Recenti indagini a livello europeo evidenziano che in tutti i Paesi, Italia compresa, negli ultimi anni si è manifestata una caduta nei sistemi di tutela della salute.

Un fenomeno che ha molte cause, tra le quali si ritiene di sottolineare in questa sede la dimensione dei valori nella società e all'interno dei sistemi di tutela della salute. La cultura del "diritto alla salute" in Italia, come indicano l'art. 32 della Costituzione e molte dichiarazioni internazionali, non trova un bilanciamento con la cultura dei doveri che per i cittadini significa attenzione alla prevenzione primaria, secondaria, terziaria, aderenza alle terapie e per i professionisti comportamenti rispettosi della dignità della persona-paziente.

Inoltre, la cultura del successo che prevale nel mondo occidentale è causa anche di una distorsione dei valori che stanno alla base anche degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari portati all'attenzione dell'opinione pubblica negli ultimi anni. L'aggressività è figlia di quattro componenti: come si è detto, la cultura dei diritti non bilanciata a quella dei doveri, l'innalzamento delle aspettative derivanti dal progresso scientifico e dall'informazione globale, la perdita di fiducia nei confronti dei sistemi pubblici, cui si aggiunge perfino la non accettazione della sofferenza e della morte. Per chi ha queste culture, medici e infermieri oltre a essere disponibili, gentili e professionali dovrebbero essere in grado anche di fare i miracoli, cosa evidentemente impossibile. Ciò non toglie che anche tra i professionisti della salute, come in tutte le professioni, vi sono persone che purtroppo non sono portatori di valori positivi e cercano il benessere proprio più che quello dei pazienti.

Le relazioni di circolarità richiamate agiscono sulla dinamica dello stato di salute di persone e di popolazioni, che è fenomeno non circolare. In effetti, si può avere una dinamica evolutiva che comporta un miglioramento dello stato di salute e una dinamica involutiva che, nonostante i progressi delle conoscenze, può portare a un peggioramento dello stato di salute. Ogni società in diversi periodi storici può far prevalere con i propri valori, regole, comportamenti lo scenario evolutivo, oppure quello involutivo. Le scelte individuali, organizzative e delle comunità sono influenzate dal passato (per esempio livello di indebitamento pubblico che riduce le risorse disponibili per finanziare il SSN), agiscono sul presente (per esempio livelli di spesa pubblica e privata in ogni anno) e influenzano il futuro proprio e delle generazioni successive.