

# Rendere concreti i principi astratti del SSN\*

Elio Borgonovi\*\*

*I diritti sono condizioni che una determinata società umana riconosce e si preoccupa di garantire a singole persone, gruppi sociali, soggetti giuridici privati e pubblici. Si parla di diritti umani (della persona in generale, delle persone con disabilità, degli anziani, delle donne ecc.), civili, di espressione, religiosi, politici, e di vari ambiti di applicazione, per esempio diritto di famiglia, commerciale, del lavoro, della navigazione ecc. Un'ulteriore classificazione riguarda il concetto di diritti naturali (riconosciuti alla persona in quanto tale), universali (quelli sottoscritti a livello globale, per esempio ONU), internazionali (che regolano le relazioni tra Stati sovrani e/o organismi indipendenti), nazionali (propri di Stati sovrani), subnazionali (negli Stati federali o caratterizzati da decentramento legislativo). Una classificazione che è rilevante con riferimento alla tutela della salute riguarda la tutela di diritti senza contenuto economico e diritti con rilevanza economica. I primi sono riconosciuti e realizzati in modo automatico (per esempio diritto di cittadinanza ius sanguinis, o ius loci, acquisita al maturare di certi requisiti, matrimoni tra persone dello stesso sesso ecc.), i secondi sono collegati allo svolgimento di determinate attività o all'erogazione di servizi da parte di istituzioni pubbliche o private con l'impiego di risorse economiche (ossia limitate rispetto all'esigenza). Questa classificazione è rilevante con riferimento al tema della salute in quanto – non mi stancherò mai di sottolinearlo – il diritto alla salute, molto spesso richiamato da chi cita dichiarazioni internazionali e l'articolo 32 della Costituzione, è un concetto astratto, perché nel concreto esiste il diritto alla tutela della salute che dipende dalle conoscenze scientifiche, dall'individuazione di contenuti nell'ambito del diritto positivo di ogni Paese, dall'ammontare di risorse pubblico-private messe a disposizione, dalle modalità del loro utilizzo (livelli di appropriatezza, efficacia, efficienza, costi dei servizi). Infatti, la salute non è garantita nemmeno da Dio (per i credenti) o dalla scienza umana (per ora nessuno ha ancora scoperto la formula dell'immortalità in buona salute).*

*Questo preambolo è necessario per riflettere su un problema che progressivamente si è manifestato in termini sempre più critici negli ultimi vent'anni, quello delle crescenti difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale. Diverse sono le analisi sulle cause, ma ormai vi è una vasta (si può dire unanime) convergenza nel riconoscere che vi è stato un progressivo indebolimento o arretramento del SSN italiano con riferimento ai principi fondanti, quelli di universalismo, equità, solidarietà. Se è vero che da diverse analisi sulle cause discendono diverse terapie, è altrettanto vero che occorre riflettere sulla logica necessaria per affrontare questa situazione. Con metodo scientifico si deve prendere atto di questa situazione e cercare strategie efficaci per bloccare l'ulteriore indebolimento/arretramento e, possibilmente, per invertire la rotta, e riportare il SSN verso il recupero della capacità di dare concreta attuazione ai principi fondanti. Con un'analogia, si può dire che di fronte a una diagnosi di "patologia progressiva che ha colpito il SSN" esistono due logiche strategiche alternative: una che ricerca una terapia risolutiva che sinteticamente si traduce nella riaffermazione del diritto alla tutela della salute come diritto fondamentale e nella richiesta di "scelte politiche e di politica economica" atte a garantire questo diritto; l'altra che, partendo dalla consapevolezza che non esiste (né può esistere) una terapia risolutiva, si concentra su politiche, interventi, azioni, ritenute efficaci per arrestare l'indebolimento/arretramento e invertire la rotta. La seconda strategia si fonda su due ipotesi forti: dopo mezzo secolo dall'approvazione*

\* Questo editoriale rappresenta una rielaborazione di "Principi per una riforma del SSN" che può essere consultato al <https://cergas.unibocconi.eu/publications-media/policy-proposals/quindici-principi-una-vera-riforma-del-ssn>.

\*\* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

dell'introduzione del SSN (Legge n. 338/78) è necessario ridefinire la struttura portante del modello di SSN (si voglia chiamare nuova riforma, rilancio del SSN, tagliando speciale), la seconda richiede che si riesca ad aggregare un consenso (nella società e nella politica) su nuove regole.

La prima ipotesi si fonda sul fatto che il mondo della salute è radicalmente cambiato rispetto agli anni Settanta del secolo scorso, il progresso scientifico ha modificato profondamente i bisogni di salute (l'epidemiologia dei singoli e di popolazioni), è cambiata la demografia, esistono tecnologie che nel secolo scorso, e anche nel primo decennio del nuovo secolo, non erano nemmeno immaginabili, sono cambiate le percezioni, gli atteggiamenti, i comportamenti individuali sociali rispetto alla salute, è cambiato il contesto internazionale che incide sulla disponibilità di risorse. I vari provvedimenti che si sono susseguiti in questo mezzo secolo hanno assunto sempre più la connotazione di "rattoppi" che hanno peggiorato le difficoltà perché non guidati da una visione organica. Per quanto riguarda la seconda ipotesi si basa sul fatto che riforme di questa portata che incidono in modo rilevante sulla qualità della vita non possono essere approvate "a suon di maggioranze" o come risultato di una contrapposizione nelle sedi legislative e nella società tra maggioranza e opposizione. Va ricordato che l'approvazione della Legge n. 833 è stata resa possibile da una convergenza di forze politiche e sociali tra loro molto diverse e per molti aspetti contrapposte. La realizzazione di questa strategia passa attraverso la riflessione su cinque traiettorie che hanno guidato l'elaborazione di una proposta sottoscritta da vari studiosi e che può essere sottoscritta da chiunque al link <https://cergas.unibocconi.eu/publications-media/policy-proposals/quindici-principi-una-vera-riforma-del-ssn>: riproposizione aggiornata dei principi di un Servizio Sanitario Nazionale, obiettivi fondamentali della riforma, regole di buon governo, linee di intervento, contributi del SSN allo sviluppo economico del Paese.

Il primo principio che viene richiamato è quello di universalismo, inteso come garanzia di tutela estesa a tutta la popolazione, rimane un elemento fondante e una conquista di civiltà che riteniamo sia essenziale preservare. Esso implica la garanzia per tutti i cittadini di poter accedere ai servizi effettivamente e non in termini astratti e formali, indipendentemente dalle proprie risorse economiche, sociali o di literacy sanitaria, ovvero indipendentemente dalla capacità dei singoli di trasformare bisogni in domanda appropriata e questa in servizi ricevuti. Ritengo che nessuno possa pensare che tale principio significhi "dare tutto a tutti", in quanto non sarebbe precisato il concetto di tutto, siccome il bisogno di salute dipende dalle conoscenze scientifiche, dalle condizioni psicofisiche, dalle percezioni di singoli individui, dai valori sociali. Il superamento di questa concezione astratta è già avvenuto con la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ma questo passaggio non ha dato una risposta corretta alla natura di bisogno a contenuto economico. Infatti, la definizione dei LEA non è andata di pari passo con una coerente assegnazione di risorse, per cui oggi si deve distinguere tra LEA "formalmente" obbligatori perché previsti da provvedimenti legislativi, LEA promessi in vari documenti nazionali e regionali e LEA effettivamente garantiti. Principio che va oggi declinato come universalismo proporzionale (qualche studioso dice proporzionato) in relazione ai bisogni individuali e di popolazione. Esiste una corrente di pensiero, condivisibile sul piano dei principi astratti, ma non sul piano della concreta realtà, secondo cui il concetto di universalismo non può e non deve essere qualificato. Se invece si vuole applicare la logica di evidence-based si deve prendere atto che questo principio già ora, e in tutti i Paesi, trova una qualificazione nella capacità reale del sistema (in particolare del Servizio Sanitario Nazionale) di rispondere ai bisogni. Qualificare l'universalismo come proporzionale/proporzionato ha due implicazioni di politica sanitaria (e politica tout court): riconoscere che i bisogni di salute sono differenti e che è necessaria una coerenza. Non significa ridurre il valore dell'universalismo, ma al contrario responsabilizzare i decisori delle politiche verso la popolazione. Se si allarga la sfera dei LEA, a parità di altre condizioni, occorre aumentare il finanziamento. Viceversa, se esistono vincoli sulle risorse disponibili, occorre avere il coraggio di ridimensionare i LEA. Si può dire che, per quanto riguarda i servizi pubblici, compresi quelli per la salute, il mondo politico da tempo ha cercato di mettere in disparte la responsabilità di decidere priorità ex ante, lasciando che poi vi sia una "selezione ex post" che può essere più facilmente scaricata da altri livelli. Si può dire che la politica sia abituata a esercitare maggiormente l'arte del pittore che aggiunge, e poco l'arte dello scultore, che realizza un'opera togliendo le cose superflue.

Il secondo pilastro dell'SSN, l'equità, va declinato secondo tre dimensioni interdipendenti.

*La necessità di concentrare le casistiche e le competenze impone che l'equità vada vista come pari opportunità di accesso alle cure, non necessariamente coincidente con l'uniformità allocativa dei servizi. Per esempio, l'"equità geografica" non si realizza disponendo di ogni servizio/struttura in prossimità del domicilio del paziente, con il rischio che non si raggiungano le casistiche e le competenze cliniche minime per garantire adeguata qualità. Al contrario, l'equità si costruisce garantendo a tutti l'accesso ai centri specialistici dotati delle necessarie competenze cliniche per la propria patologia, che potrebbero richiedere spostamenti geograficamente accettabili. Pertanto, l'equità degli esiti si costruisce attivando elementi compensativi laddove, per avere servizi di qualità, occorra spostarsi (maggiori servizi di base di prossimità, telemedicina, équipe specialistiche itineranti, sostegni al trasporto). L'equità territoriale presuppone, peraltro, anche che, ove non ricorrano i problemi sopra esposti, vi sia una adeguata dotazione di strutture di offerta per eliminare il fenomeno della mobilità "obbligata". Ciò vuol dire che, per affrontare le differenze regionali che da sempre caratterizzano il nostro Paese (oltre ai LEA e più in generale ai livelli essenziali di prestazioni e servizi previsti dalla legge sull'autonomia differenziata), occorre affrontare con decisione il tema dei livelli essenziali di offerta e/o di dotazioni strutturali. Un tema che sarebbe più facile affrontare in situazioni di risorse crescenti è sicuramente più difficile da affrontare in condizioni di risorse decrescenti (come il periodo attuale con un bilancio dello Stato di oltre 80 miliardi di interessi passivi dovuti a indebitamento accumulato nei decenni scorsi) ma che non può e non deve essere eluso. Per esempio, analizzando i flussi di mobilità passiva di certe regioni si potrebbero introdurre sistemi di disincentivazione nei casi in cui sul territorio esistono risposte adeguate o potenziare strutture di qualità adeguata sostenuta da un'efficace azione di informazione e comunicazione nei confronti della popolazione. Non va dimenticato che la mobilità tra regioni, oltre a quella fisiologica tra le aree di confine, dipende in parte da differenze sulla qualità del servizio, ma in parte anche da differenze sulla "percezione" del servizio. La cultura secondo cui "l'erba del vicino è sempre più verde" e quella secondo cui "nemo propheta in patria" spesso spingono una parte della popolazione a cercare altrove qualcosa che magari esiste nel proprio territorio. Probabilmente vale nel rapporto tra regioni del sud e del nord quanto emerso da una ricerca internazionale secondo la quale l'Italia è l'unico Paese (o comunque uno dei pochissimi) nel quale i propri cittadini hanno un'immagine del proprio Paese peggiore rispetto a quella degli stranieri. Ciò non vuol dire negare i problemi che esistono, ma vuol dire cercare di riequilibrare anche le percezioni.*

*L'equità deve guardare alle opportunità in tema di esiti di salute, ciò può implicare un trattamento "disuguale, ma proporzionale ai diversi bisogni/caratteristiche dei cittadini". La crescente complessità e diversificazione della società richiede di dare risposte non più uniformi, bensì distinte per gruppi (cluster) di pazienti, che, pur omogenei sul piano clinico, possono essere socialmente disomogenei per la loro literacy sanitaria, per la capacità di trasformare il bisogno in domanda appropriata, per essere diversamente aderenti alle terapie e ai percorsi di cura, per un maggiore o minore sostegno da parte di reti sociali o familiari.*

*Perché l'equità possa trovare concreta realizzazione è anche necessario che vi sia un'allocazione equa di risorse in relazione ai diritti formalmente garantiti in modo che questi possano essere concretamente esigibili, ovvero che i LEA siano definiti in funzione della reale disponibilità di risorse finanziarie, produttive, umane e di competenze cliniche. La promessa di diritti superiori alle risorse disponibili rappresenta infatti una causa di iniquità. Le persone socialmente più forti, più competenti, più colte, con maggiore probabilità raggiungono i servizi promessi, esaurendo le risorse disponibili, escludendo nei fatti le persone più deboli e meno capaci di trasformare i propri bisogni in domanda, di accedere ai servizi o di essere aderenti alle terapie e ai percorsi di cura e ai necessari e correlati stili di vita. Negli ultimi dieci anni il SSN ha registrato un percorso purtroppo divergente tra diritti dichiarati e risorse disponibili, indebolendo il suo profilo di equità.*

*Il combinato disposto tra universalismo proporzionale/proporzionato/coerente/responsabilizzante ed equità nelle tre dimensioni sopra discusse definisce un terzo principio che è innovativo rispetto all'impianto della 833/78 e che si traduce nel promettere solo ciò che si può mantenere. L'Italia è uno dei Paesi con la maggiore prevalenza di anziani al mondo (cattiva notizia) e con una delle speranze di vita più alte (buona notizia), ma con un livello di spesa pubblica per il SSN estremamente contenuto, storicamente tra i più bassi dell'Europa occidentale. Questo impone di definire più chiaramente quali siano i confini dell'azione del SSN, ovvero i diritti e i servizi esigibili davvero per tutti,*

*uscendo dalla retorica astratta dei LEA come paniere di tutto ciò che è necessario e appropriato, e ridando così significato al concetto di LEA come garanzia sulle prestazioni che il cittadino può effettivamente ottenere. La soluzione più forte è garantire che tutto ciò che sia prescritto in regime del SSN sia effettivamente e automaticamente prenotato nei tempi richiesti dall'indicazione terapeutica stessa. L'introduzione di questa regola ha i seguenti obiettivi: responsabilizzare i professionisti sull'appropriatezza delle prescrizioni, attivare sistemi informativi integrati che consentano di individuare le disponibilità di erogazione agevolmente accessibili per il cittadino, stimolare politiche di rafforzamento delle strutture di offerta nelle aree carenti. Definire il perimetro dei diritti esigibili perché sostenibili è uno degli esercizi collettivi che più contribuiscono a costruire capitale istituzionale e valori condivisi.*

*Il quarto pilastro, da declinare in modo innovativo rispetto all'impianto della 833/78, è quello della globalità, intesa come impegno a dare una risposta omnicomprensiva ai bisogni di salute, dalla prevenzione alla presa in carico delle cronicità. La tutela della salute va declinata nelle diverse fasi della vita, ed estesa in diverse direzioni tra di loro fortemente interdipendenti anche se richiamano tipologie di servizi, natura delle istituzioni coinvolte, culture disciplinari e approcci distinti, quali sono: prevenzione, diagnosi, cura delle patologie acute e croniche e riabilitazione; i bisogni sociali; il benessere psicologico; le conoscenze e competenze delle persone per leggere il proprio stato di salute e di vita; la non-autosufficienza e il fine vita. Inoltre, essendo ormai acquisito il principio della One Health, che estende il perimetro di interesse del SSN a tutte le attività e i settori che influenzano le determinanti di salute (agricoltura, scuola, trasporto, mondo del lavoro, cambiamenti climatici e ambientali ecc.), tutte le politiche pubbliche dovrebbero considerare il proprio impatto in termini di salute. La "globalità" del concetto di salute impone un triplice focus di azione al SSN. Il primo consiste nell'integrazione con le altre istituzioni direttamente coinvolte in processi di cura a forte interdipendenza, come il sociale e il socio-sanitario. Il secondo riguarda il contributo alle politiche nei settori che influenzano i determinanti di salute. Infine, la tensione al continuo miglioramento del rapporto tra benefici di salute e costi nella produzione diretta di servizi.*