

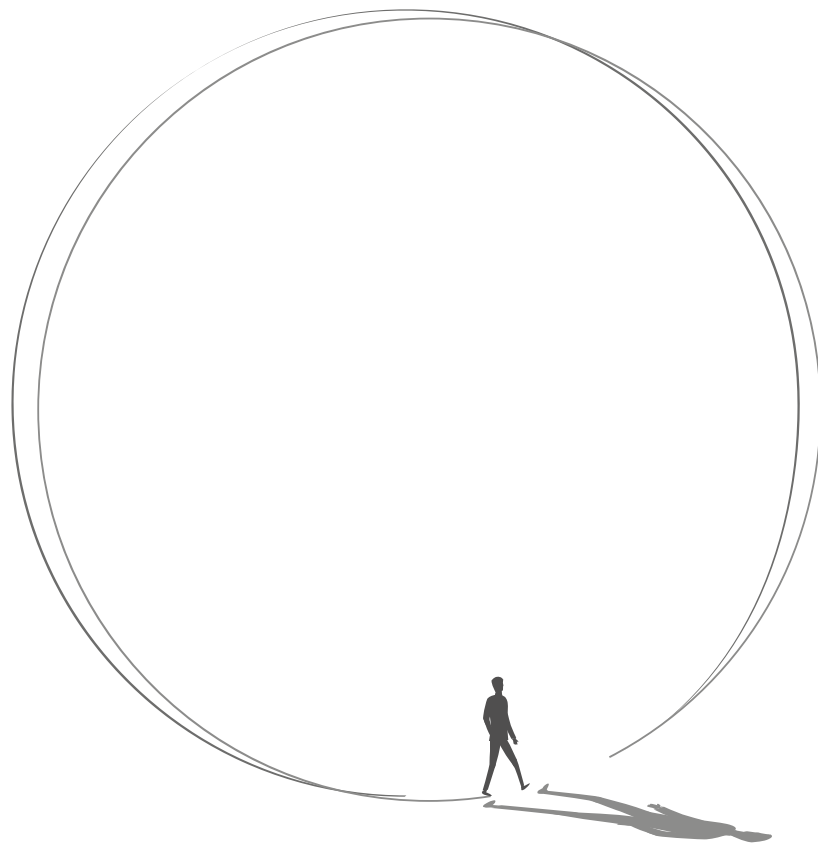


DIRITTO ALLA SALUTE E ALLA SUA TUTELA

La sanità e la salute dopo la pandemia



CORTILE dei *Gentili*
IL DIALOGO TRA CREDENTI E NON CREDENTI



DIRITTO ALLA SALUTE E ALLA SUA TUTELA

La sanità e la salute dopo la pandemia

Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili



CORTILE dei *Gentili*
IL DIALOGO TRA CREDENTI E NON CREDENTI

Indice

Prefazione <i>Giuliano Amato</i>	09
Sommario <i>Giuseppe R. Gristina</i>	11
PARTE I	15
Diritto alla salute e alla sua tutela: I principi fondamentali del sistema sanitario universalistico <i>Giuseppe R. Gristina</i>	
PARTE II Aspetti specifici	29
Diritto Il diritto alla salute e la «spesa costituzionalmente necessaria» <i>Luca Antonini</i>	
Etica Distribuzione delle risorse limitate: criteri etici per l'equità dell'accesso alle cure <i>Laura Palazzani</i>	41

Economia e organizzazione sanitaria	47
Le sfide del sistema sanitario nazionale <i>Leonardo Becchetti</i>	
Qualità medica e governo delle strutture sanitarie: l'alleanza pubblico-privato-civile <i>Stefano Zamagni</i>	52
Le criticità della sanità italiana e il necessario cambio di paradigma <i>Carla Collicelli</i>	58
Sanità e Società	69
Alcune aree critiche del sistema sanitario: anziani, malati cronici, donne, minori, migranti <i>Carla Collicelli</i> <i>Giuseppe R. Gristina</i> <i>Francesca M. Corrao</i>	

Prefazione

Giuliano Amato

Avevamo deciso da tempo, nella nostra Consulta, di riflettere sull'esperienza della pandemia. Eravamo e siamo tutti consapevoli che un virus sconosciuto ci avrebbe imposto inevitabilmente dei prezzi. Certo si è che uno dei capisaldi delle società avanzate – il diritto alla salute e la sua tutela – ha manifestato un tasso di precarietà che ci ha sorpresi e resi sgomenti. Era purtroppo prevedibile che le società più arretrate e più deboli pagassero un prezzo elevato. Ma come è stato possibile che cedessero in misura tanto elevata anche le società del benessere, che anche in esse siano stati così numerosi i morti, che tante volte i loro medici si siano trovati davanti a scelte tragiche ai fini dello stesso accesso alle cure salvavita, sommersi com'erano dall'onda dei malati gravi?

A queste domande abbiamo cercato di rispondere e, giunti al termine del nostro lavoro, ci accorgiamo che esso è quanto di più pertinente e tempestivo, giacché le stesse domande hanno preso piede nell'opinione pubblica e quindi nella politica, nelle quali, a quanto si legge, la ricerca delle risposte sta già imboccando la strada più elementare e tribale, quella della caccia al capro espiatorio. Negli Stati Uniti si chiede conto dei troppi morti ad Anthony Fauci, storico consigliere medico di più di un Presidente, da noi si avviano commissioni parlamentari d'inchiesta e istruttorie giudiziarie, che hanno nel mirino presidenti del consiglio, ministri e figure professionali di calibro non inferiore a quella di Fauci.

A questo noi possiamo soltanto assistere in silenzio. Ma pensiamo che sia utile a tutti, anche a chi cerca sempre e soltanto responsabilità individuali, avere contezza del quadro in cui si è operato, delle connessioni, positive e negative, che hanno giocato e che giocano nel pregiudicare, o nel tutelare, la salute di ognuno di noi. Per il futuro sarà qui che si giocherà la partita. E sarà una partita tutt'altro che facile.

Entrano in campo al riguardo nozioni e aspirazioni con cui dobbiamo imparare a fare i conti, senza considerarle espressione dei sogni dei visionari: quelle di *sicurezza sanitaria globale*, di *sistema sanitario universale* e di *tutela trasversale della salute* (in inglese: *health in all policies*). Il mondo sarà in grado di affrontare pandemie a diffusione rapida e globale com'è stata quella del Covid, se e quando la comunità internazionale e gli Stati che la compongono avranno realizzato sistemi sanitari universali – assenti in molti stati africani, ma anche negli Stati Uniti nonostante il grande passo in avanti dell'*Obamacare* –, quando la sicurezza sanitaria sarà perciò un bene comune globale e investirà tutte le componenti sociali, ambientali e animali che concorrono a renderla possibile, e quando le scelte politiche – tutte le scelte politiche, comprese quelle finanziarie – saranno coerenti con questa cornice complessiva. Entro una cornice del genere, non è difficile accorgersi, ad esempio, dell'importanza dell'inquinamento dell'aria nel rendere più o meno aggredibili i nostri polmoni, o di quella di una copertura sanitaria universalistica per favorire la vaccinazione di massa della popolazione.

Il nostro documento propone all'attenzione questa cornice, questi principi, sottolineando con forza che essi devono valere per tutti. Siamo ormai a questo punto nel mondo, la pandemia è stata l'antesignana di una fenomenologia più vasta, quella legata al cambiamento climatico, che universalizza i problemi, ma rende per ciò stesso universali anche le soluzioni, le regole da seguire. Dovremo trovare i percorsi perché ciò possa accadere. In secondo luogo, il documento, negli specifici contributi che seguono la sua parte generale, illustra le carenze e i problemi aperti che si presentano nel sistema italiano. Lo fa perché siamo italiani e ci interessa comunque chiarire a che punto siamo noi. Ma lo fa anche per illustrare come un sistema sanitario universale, già apprezzabile perché tale, ma ancora più apprezzato perché ritenuto e classificato fra i migliori al mondo, si sia trovato nella pandemia con tante lacune e presenti tuttora, dopo la pandemia, problemi per diversi aspetti ancora più gravi: problemi interni, *in primis* di risorse finanziarie e umane carenti, e problemi di mancata connessione con le variabili esterne che incidono sullo stato di salute. Sotto questo profilo, la nostra incursione nel nostro sistema sanitario è un inquietante segnale della distanza che separa non solo noi, ma tutta la comunità umana dalla tutela che essa deve alla salute dei suoi componenti. Averne consapevolezza è la prima premessa per cambiare le cose.

Sommario

1. PREMESSA La pandemia da SARS-CoV-2, nella sua dimensione di dramma universale, ha traumaticamente obbligato il mondo occidentale a considerare come incerte molte delle conquiste che la nostra società riteneva tanto più solide in quanto definitivamente acquisite. Tra queste, il diritto di ciascun essere umano alla salute e alla sua tutela è stato messo a dura prova forse più di ogni altro, incrinando irrimediabilmente la “confortevole” visione secondo la quale la precarietà di questo diritto era appannaggio dei Paesi a basso e medio reddito. Numerose ragioni, economiche, organizzative, culturali, ugualmente importanti, sono state chiamate in causa per spiegare questo fallimento, ma tutte possono essere ricondotte al ruolo critico di matrice comune giocato dall’interpretazione riduttiva del concetto di salute fondato unicamente sulla centralità della dimensione umana e del tutto estraneo ad una visione più complessa del mondo che la traduce invece nella risultante di un articolato processo di integrazione tra biologia, organizzazione sanitaria, ambiente (inteso qui nel senso più ampio, incluso anche l’insieme delle interazioni positive e negative che con esso ha il genere umano), stili di vita, economia.

È dunque alla riflessione sul tema del diritto alla tutela della salute e all’incertezza presente e futura delle sue sorti delineatasi dopo la pandemia che la Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili intende offrire il proprio contributo.

2. STRUTTURA DEL DOCUMENTO E SCOPO Il documento prevede una prima parte interamente dedicata all’approfondimento, alla discussione e alla rilettura in prospettiva post-pandemica dei principi fondamentali di uguaglianza, equità e universalità che sottendono il diritto alla tutela della salute.

Una seconda parte è invece dedicata all’analisi dei rapporti intercorrenti tra il diritto alla tutela della salute e alcune specifiche tematiche di carattere giuridico, economico, sociale e sanitario che sono risultate particolarmente rilevanti nella discussione preliminare condotta dalla Consulta scientifica in merito alla complessa congiuntura che la sanità pubblica sta attraversando in generale e, in particolare in Italia.

L’intento del documento tuttavia, non è quello di indicare soluzioni concrete ai problemi che caratterizzano questa congiuntura, ma, senza alcuna finalità prescrittiva, provare a collegare i nuovi contenuti ideali scaturiti dalla riflessione su quanto l’esperienza della pandemia ha insegnato con la definizione di linee di sviluppo teorico sulle quali ripensare le basi culturali che dovrebbero garantire poi una reale attuazione del diritto alla salute.

3. CONTENUTI Come la pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato, i sistemi sanitari universalistici che mantengono allineate le politiche di sicurezza sanitaria globale con quelle di copertura sanitaria universale sono in grado di garantire la tutela della salute attraverso il rispetto dei principi di uguaglianza, equità e universalità. Essi favoriscono inoltre il raggiungimento da parte di tutti gli individui del più elevato stato di salute considerata come completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattie o disabilità, in una dimensione di costante bilanciamento

tra gli interessi dei singoli e quelli della comunità, nel rispetto del principio di equa distribuzione delle risorse. In questo senso la promozione della salute è anche promozione della dignità di ogni essere umano intesa come libertà di compiere scelte che attengono alla qualità desiderata della propria vita secondo un progetto di realizzazione individuale, in un'ottica di integrazione tra biologia e biografia.

La pandemia ha inoltre evidenziato in maniera drammatica come la realizzazione di questo obiettivo necessiti urgentemente di una nuova visione integrata, basata sulla consapevolezza che la salute è strettamente legata sia alla salubrità e all'equilibrio di tutti gli ecosistemi sia ai determinanti culturali, sociali, ambientali ed economici della salute secondo gli approcci *One Health e Planetary Health*.

L'orientamento secondo il quale la tutela della salute deve essere considerata come diritto umano fondamentale che si realizza attraverso gli approcci suddetti, chiama in causa immediatamente l'assunzione di concreti impegni da parte dei governi di tutti gli Stati su due piani: quello giuridico per garantire l'accessibilità universale a un'assistenza sanitaria efficace, equamente distribuita, gratuita; quello economico per promuovere, attraverso adeguati stanziamenti, la valorizzazione del benessere psico-fisico degli esseri umani. Di conseguenza, pur tenendo conto della finitezza delle risorse disponibili, attuare politiche economiche di definanziamento della sanità o di competizione tra settore pubblico e privato non realmente governata da un'ottica di servizio all'intera comunità, significa non solo mettere in discussione il concetto di sanità equa e egualitaria, ma, più concretamente, compromettere la salute e la dignità delle persone oggi e in futuro, svuotando di significato le norme del diritto nazionale e internazionale che le tutelano.

La sostenibilità di un sistema sanitario è quindi un problema innanzitutto di scelte: essa sarà tanto più sostenibile quanto più si vorrà che lo sia. Questi aspetti più generali, affrontati nella prima parte del documento, offrono specifici spunti di riflessione in riferimento alla situazione italiana analizzati nella seconda parte con focus dedicati.

Il tema delle compatibilità economiche a fronte delle garanzie offerte dai diritti costituzionali apre a considerazioni giuridiche sia sulla natura del diritto alla salute come diritto costituzionalmente garantito sia come strettamente dipendente dall'entità delle risorse pubbliche stanziare. Vengono così affrontati i temi del condizionamento finanziario del diritto alla salute, del ruolo del decentramento dell'organizzazione sanitaria, dell'emergere della nozione di spesa costituzionalmente necessaria a fronte del definanziamento del welfare sanitario avvenuto nei primi venti anni del secondo millennio.

Il tema della limitatezza delle risorse viene poi affrontato anche nella prospettiva etica. In questo senso, il principio fondante di ogni riflessione è costituito dal riconoscimento dell'universalità della cura. Se infatti i processi di micro-allocazione delle risorse di pertinenza dei professionisti sanitari devono essere sempre improntati, per ogni malato, ai principi di appropriatezza clinica,

proporzionalità delle cure, non rivalità e non escludibilità, i decisori, per parte loro, devono adottare politiche pubbliche trasparenti ponendo una vigilante attenzione alle modalità e ai processi di macro-allocazione utilizzati, nella consapevolezza sia delle inevitabili interconnessioni tra i due livelli di allocazione, sia del modo in cui questi possono interferire nei processi decisionali riguardanti la cura del singolo malato.

Entrambi i profili – giuridico ed etico – pongono a tema la dilemmatica questione tra necessità di garantire a tutti prestazioni di elevata qualità e obbligo di controllare la crescita costante dei relativi costi. D'altra parte, è ormai evidente che attuare politiche di competizione tra settore pubblico e privato non realmente governate da un'ottica di servizio all'intera comunità, significa non solo mettere in discussione il concetto di sanità equa e egualitaria, ma, più concretamente, compromettere la salute e la dignità delle persone oggi e delle generazioni future svuotando di significato le norme del diritto nazionale e internazionale che le tutelano. Non dunque una concettualizzazione dicotomica e alternativa ormai obsoleta, ma una cooperazione di entrambi i soggetti finalizzata a sciogliere in modo accettabile quelle "scelte tragiche" che si presentano in sanità in modo sistematico e non occasionale come accaduto durante la pandemia. Si prova così a riflettere sulla possibilità di nuove modalità cooperative tra i due settori.

Ancora nella prima parte, si sottolinea poi che la sostenibilità di un sistema sanitario è anche un problema culturale. Dopo il dramma della pandemia da SARS-CoV-2, è necessario immaginare un modello nuovo di sanità che definisca le sue priorità in base ai reali bisogni di salute. Questo significa non solo individuare e trattare il problema clinico, ma anche intervenire in modo sistematico su tutte le variabili che fungono da determinanti della malattia come del benessere e che fanno riferimento alla qualità della vita. In questo senso, la strategia decisionale collaborativa denominata *Health in all Policies* è ampiamente riconosciuta e condivisa sul piano internazionale e trova in Italia rilevanti connessioni con gli altri diritti fondamentali della persona costituzionalmente garantiti. L'approccio secondo il quale un sistema sanitario guarda alla qualità dei risultati di salute nella loro accezione più ampia e ne misura l'efficacia – quindi al valore aggiunto che può generare in termini di qualità di vita – promuove una sanità più equa e migliore per tutti i cittadini proprio in quanto in grado di riconoscere, intercettare e soddisfare i diversi bisogni di salute di ciascuno secondo le sue caratteristiche sociali e sanitarie, inclusi coloro che pur avendo quei bisogni possono risultare invisibili ai sistemi sanitari. Ma perché ciò sia possibile, anche la medicina dovrebbe aprirsi a una riflessione critica sul proprio ruolo e sulla propria funzione nella società ricomponendo la dicotomia tra medicina clinica e sanità pubblica per affrontare le sfide scientifiche, etiche, economiche e post-pandemiche che la modernità lancia alla medicina stessa.

Questo cambio di visione culturale riguardante il concetto di salute si confronta, nella seconda parte, con la complessa congiuntura economica e organizzativa che la sanità italiana sta attraversando.

La difficoltà nel rispondere alla diffusione esponenziale delle patologie croniche, i carichi crescenti delle famiglie per la cura dei disabili, dei malati cronici, degli anziani non autosufficienti,

la difficoltà a sostenere le spese di produzione dei servizi per il costo crescente delle tecnologie e dei farmaci e per la crescita continua della domanda di prestazioni, gli impedimenti nel raggiungere un equilibrio all'interno del *sistema ambiente – società – salute* che eviti il dramma della società 'a somma zero', nella quale da un lato si produce malattia e dall'altro si curano le patologie derivanti dalle cattive politiche, la difficile situazione del personale sanitario, sono solo alcuni degli aspetti più significativi trattati. In questo ambito una particolare attenzione viene poi riservata ad alcune categorie di persone – donne, anziani, minori, migranti – sulle quali maggiormente si addensa il rischio di vedere realizzati gli effetti negativi di questa congiuntura.

4. CONCLUSIONI Affinché il diritto alla salute possa godere di un pieno riconoscimento, sono necessari approcci sinergici che richiedono azioni politiche, giuridiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali miranti a far sì che esso possa essere stabilmente collocato nel novero dei diritti primari che coinvolgono le libertà personali e incorporato nei sistemi giuridici di tutti gli Stati. Lo sviluppo di questo processo è tanto più urgente se consideriamo le drammatiche crisi che sfidano la nostra capacità di resilienza.

In quest'ottica, lo sviluppo sostenibile, l'approccio *One Health*, la giustizia sociale, l'equità e l'uso appropriato dell'innovazione scientifica e delle risorse umane, tecnologiche ed economiche dovrebbero rappresentare le risposte. Il diritto alla salute globale è parte integrante di ciascuna di esse e richiede sforzi convergenti e volontà politiche certe e condivise da parte di tutti i governi perché esso possa essere considerato un obiettivo concretamente raggiungibile.

PARTE I

Diritto alla salute e alla sua tutela: I principi fondamentali del sistema sanitario universalistico

Giuseppe R. Gristina

1. INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV-2 ha causato una crisi sanitaria di dimensioni planetarie con perduranti ripercussioni sociali ed economiche in tutto il mondo. Milioni di vite sono andate perdute, con un prezzo altissimo pagato soprattutto dai più poveri, dai più anziani, dai più fragili¹. Le generazioni più giovani hanno sperimentato una complessiva riduzione della qualità della vita e un rilevante disagio psicologico².

L'assistenza ospedaliera e territoriale, ovunque sottoposta a una pressione eccezionale, ha evidenziato limiti derivanti sia dall'incontrollata diffusione del contagio, sia dall'insufficiente implementazione di misure di sicurezza sanitaria globale.

In molti ospedali europei e americani, l'emergenza generata dal continuo afflusso di malati affetti da Covid ha obbligato, nel corso delle diverse ondate, i professionisti sanitari a riorganizzare continuamente le aree di ricovero e a rielaborare, nei momenti di massima criticità, i criteri di allocazione delle risorse³. La qualità dell'assistenza erogata ai malati affetti da patologie diverse da Covid – soprattutto cardiovascolari e neoplastiche – ha subito un drammatico peggioramento di cui si potranno conoscere già nel prossimo futuro gli esiti in termini di incremento di mortalità e invalidità⁴. I medici, gli infermieri e i ricercatori sono stati, a loro volta, vittime di un disagio psicologico, morale e fisico mai provati.

La sfida lanciata dalla pandemia ha riguardato anche la scienza. Grazie all'impulso impresso alle scienze biologiche dall'innovazione tecnologica, ma anche all'impressionante mole di lavoro svolto in sinergia dalle più importanti istituzioni scientifiche di ricerca, si è potuto, in tempi brevissimi, isolare e tipizzare il virus, comprendere i meccanismi patogenetici della malattia, mettere a disposizione dei clinici i migliori protocolli di trattamento sulla base delle conoscenze disponibili e, infine, produrre e commercializzare un vaccino d'indiscussa efficacia⁵. Si è così resa possibile una campagna di immunizzazione di massa che ha permesso di prevenire le forme più gravi di Covid e superare finalmente la fase più critica della pandemia. Tuttavia, il traguardo della sua completa risoluzione è ancora lontano.

Tutte le comunità si sono quindi avviate a una sorta di "nuova normalità" caratterizzata dall'incertezza del futuro e dalla precarietà del presente con cui l'intero genere umano deve imparare a convivere.

A questo tema la Consulta scientifica del Cortile dei Gentili ha già offerto il proprio contributo con il volume “Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19”⁶, con riflessioni sugli aspetti più critici di questa epoca straordinariamente difficile e sulle nostre speranze. In esso, partendo dall’assunto per cui «non si può uscire oggi da un’apocalisse del genere ritornando alla vita di prima e mettendosi alle spalle quello che abbiamo vissuto»⁶, si riconosce la necessità di meditare sulle cause della pandemia e si propongono alcune tracce di riflessione per il cambiamento.

Tra queste, una tiene conto dell’intima e delicata relazione tra la salute dell’uomo e gli equilibri ecologici del pianeta, profondamente alterati dallo sfruttamento eccessivo delle risorse ambientali, che si sintetizza nella formula dello sviluppo sostenibile, propugnato nell’enciclica *Laudato Si*⁷.

Un’altra riconosce il valore dei determinanti sociali, economici e culturali della salute e fa riferimento alla necessità di assicurare maggiore protezione ai più deboli, reale eguaglianza tra i cittadini e tra le diverse comunità, e una effettiva equità nella distribuzione delle risorse. In sintesi, una sostenibilità sociale oltre che ambientale.

La scienza, d’altra parte, richiama con insistenza l’attenzione di tutti, cittadini e istituzioni, circa l’esigenza di un cambiamento radicale di sensibilità, in particolare nell’ambito della sanità pubblica, per integrare una nuova visione di governance per la protezione e promozione della salute non più centrata esclusivamente sulla salute solo umana. Questo nuovo approccio al concetto di salute come risultato dell’integrazione tra biologia umana, ambiente, stili di vita e organizzazione sanitaria – il cosiddetto “sistema circolare e integrato” – deve dunque divenire patrimonio di tutti⁸; senza di esso è altamente probabile che in futuro altre pandemie possano verificarsi, sempre meno distanziate nel tempo e forse anche peggiori di quella da SARS-CoV-2⁹.

In linea con questi contenuti, la Consulta scientifica del Cortile dei Gentili ha ritenuto doveroso dedicare un ulteriore spazio di indagine e riflessione ai principi che costituiscono l’architrave del diritto alla salute alla luce dell’esperienza della pandemia, nella prospettiva dell’approccio *One health*¹⁰ che, pur avendo ispirato celebri documenti di strategia sanitaria (Alma Ata 1978, Ottawa 1986, Salute 2012 e 2020, Shanghai 2016) proposti dall’Organizzazione mondiale della sanità (Oms), è stato raramente implementato dalle politiche dei vari Stati.

2. DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E PRINCIPI FONDAMENTALI

Nonostante l’attuale definizione di salute formulata dall’Oms non sia più ritenuta da molti adeguata ad affrontare la complessità delle nuove sfide che i sistemi sanitari sono chiamati a sostenere, nessuna ipotesi alternativa ha raggiunto a oggi lo stesso ampio livello di consenso¹¹.

L’Oms definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o di invalidità¹².

La promozione della salute non è dunque da intendersi esclusivamente come lotta alle malattie, ma, in un senso più ampio, come promozione della dignità di ogni essere umano e, quindi, come libertà di compiere scelte che attengono alla qualità desiderata della propria vita, secondo un progetto di realizzazione individuale, in un'ottica di integrazione tra biologia e biografia¹¹.

In linea con questa interpretazione, l'Oms e, successivamente, l'Unesco con la Dichiarazione universale di bioetica e diritti umani (2005) includono la salute nel novero dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzioni di sorta¹³.

Questo approccio pone immediatamente il tema del riconoscimento della salute come diritto umano fondamentale da parte di tutti gli Stati tramite propri specifici strumenti giuridici. La conseguenza diretta di questo riconoscimento dovrebbe consistere nell'assunzione di un impegno concreto dei governi a garantire l'accessibilità universale a un'assistenza sanitaria per quanto possibile efficace, equamente distribuita e gratuita.

Peraltro, mentre oggi la tutela della salute delle popolazioni avviene a livello nazionale con un insieme di leggi e regolamenti che disciplinano i servizi sanitari, la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, in un mondo globalizzato in cui i patogeni e i rischi connessi agli stili di vita superano i confini degli Stati, è sempre più avvertita la necessità di un'azione collettiva anche eventualmente regolata da trattati internazionali.

Nondimeno, le norme emanate finora sul diritto alla salute a livello internazionale presentano limiti rilevanti quando si considerino le loro ricadute pratiche sulle singole realtà nazionali.

I governi nazionali sono infatti per lo più restii ad accettare normative vincolanti (*hard law*), mentre sono più propensi ad aderire a strumenti di *soft law*. Inoltre, i Paesi ad alto reddito contribuiscono al finanziamento dei programmi di sviluppo dei sistemi sanitari nei Paesi a medio o basso reddito preferibilmente se possono controllarne lo sviluppo e verificarne l'esito. In ultimo, i meccanismi che definiscono al livello nazionale la conformità alle leggi internazionali sono spesso deboli o inesistenti¹⁴.

D'altra parte, la mancata realizzazione di un'assistenza sanitaria pienamente efficace e universale dovrebbe indurre ad approfondite analisi sia degli ostacoli che in ciascuno Stato si frappongono all'ottenimento dell'obiettivo, sia di come e con quale intensità questi influiscano sullo stato di salute dei diversi strati sociali, richiedendo specifiche decisioni politiche e un'adeguata riconsiderazione delle misure legislative di protezione per i più vulnerabili.

È importante sottolineare a questo riguardo che gli stanziamenti economici per garantire il diritto alla salute sono, dalla stessa Oms, condizionati al «più alto standard di salute raggiungibile»¹³. Si prende così atto della possibilità dei singoli governi di relativizzare, in autonomia, il diritto alla salute in rapporto ai vincoli della finanza pubblica. Sia che ciò avvenga in una forma "debole", bilanciando la tutela del diritto alla salute con le risorse economiche disponibili, oppure in una

forma “forte”, condizionandolo più decisamente a esse, entrambi gli approcci finiranno comunque per influire sulla quantità e la qualità delle cure¹⁵. Si comprende quindi come la sostenibilità di un sistema sanitario e il correlato godimento di un pieno diritto alla salute da parte di tutti i cittadini saranno innanzitutto connessi alle scelte politiche che scaturiscono dalla più ampia problematica riguardante il ripensamento del modello di welfare¹⁶ – *welfare state vs welfare society vs welfare capitalism* – in corso in molti ambiti politici ed economici. In altre parole, il diritto alla salute sarà tanto più pienamente godibile e la sanità tanto più sostenibile quanto più si vorrà che lo siano.

Il dramma della pandemia da SARS-CoV-2 ha focalizzato l’attenzione sull’esigenza di non reiterare gli errori commessi e segnatamente quello di considerare le cause di questo evento come uno shock “esogeno” anziché “endogeno” al modello di sviluppo vigente. È quindi urgente comprendere che la sostenibilità di un sistema sanitario e la concreta attuazione dei principi di equità, universalità e uguaglianza che sottendono il diritto alla salute richiedono una sua reinterpretazione culturale.

Sarebbe allora necessario costruire un modello innovativo di sanità che definisca le sue priorità in base ai reali bisogni di salute dell’intera popolazione – incluse le categorie di persone che possono risultare dimenticate e invisibili ai sistemi sanitari^{17,18} – e non solo sulla domanda di prestazioni (attività cliniche di diagnosi e cura) e sulla capacità del sistema di erogare servizi in risposta. Questo potrà essere però possibile se anche la medicina sarà in grado di aprirsi a una riflessione critica sul proprio ruolo e sulla propria funzione nella società contemporanea, ricomponendo la dicotomia tra clinica e sanità pubblica per affrontare le sfide post-pandemiche di tipo scientifico, etico ed economico che la modernità lancia alla medicina stessa^{19,20}.

Soddisfare un bisogno di salute significa certamente individuare e trattare un problema clinico, ma anche intervenire in modo sistematico sulle variabili sociali, ambientali, economiche, nonché sui loro nessi di complementarietà e di sostituibilità, che fungono da determinanti della malattia come del benessere²¹⁻²⁶, che ruotano attorno al concetto di *One health* e di *Planetary health*²⁷⁻²⁹, e che fanno riferimento a quella che chiamiamo, più in generale, qualità della vita. Per conseguenza, se il metro per valutare l’efficacia di un sistema sanitario universalista è l’equità nella produzione e nella distribuzione della salute piuttosto che la sua efficienza tout court – equità intesa quindi come assenza di disparità sociali sistematiche non solo nello stato di salute ma anche nei suoi principali determinanti sociali^{30,31} – allora questo sistema non potrà garantire un’effettiva efficacia fintanto che la promozione stessa della salute non sarà messa in rapporto a un programma organico e complessivo di sostenibilità sociale e ambientale.

Ai fini di un pieno e concreto esercizio del diritto alla salute su scala globale, la nuova prospettiva olistica offerta dall’approccio *One health*, supportata dall’innovazione tecnologica – pensiamo all’uso dell’intelligenza artificiale e alle analisi sui Big data³²⁻³⁴ sempre più utilizzati nei processi decisionali – dovrebbe poter prevedere anche la rimodulazione dei presupposti teorici che sostengono i modelli di sviluppo economico della società occidentale. In particolare, dovrebbe essere perseguita la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando la libertà e l’uguaglianza delle persone, ne impediscono la piena realizzazione e ne offendono la dignità (Alma Ata 1978³⁵,

ASviS Agenda 2030³⁶). L'approccio *Salute in tutte le politiche - Health in all policies* – una strategia decisionale collaborativa in cui decisori di settori diversi valutano congiuntamente problematiche attinenti alla salute, alla sostenibilità e all'equità prima di adottare qualsiasi politica o intervento^{37,38} – è ampiamente riconosciuto e condiviso sul piano internazionale³⁹ e trova in Italia rilevanti connessioni con gli altri diritti fondamentali della persona costituzionalmente garantiti⁴⁰.

Oltre che ripensare il concetto di salute, la governance, le politiche e le modalità di finanziamento dei sistemi sanitari alla luce del principio di equità, in questa fase post-pandemica è apparsa poi più che evidente la necessità di arrivare, a livello globale, allo sviluppo di sistemi sanitari veramente universali. La pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato infatti che, pur con macroscopiche criticità, i sistemi sanitari universalistici, finanziati dalla fiscalità generale, che hanno mantenuto allineate le politiche di sicurezza sanitaria globale (Global health security - Ghs) desunta dalle International health regulations (Ihr) dell'Oms⁴¹ con quelle di copertura sanitaria universale⁴² (Universal health coverage - Uhc)^a, come accaduto in Corea del Sud, a Singapore, in Thailandia, Taiwan e Vietnam, hanno anche garantito nella maniera più efficace il diritto alla salute e alle cure⁴³. Questo nuovo modello di salute globale, in cui si fondono sicurezza e universalità di cure, si basa sulla collaborazione tra le discipline mediche all'interno dei sistemi sanitari nazionali, sull'inversione del processo di definanziamento dei sistemi sanitari in corso in tutto il mondo e sulla garanzia di accesso gratuito alle cure primarie per tutti i cittadini, sulla *preparedness* e capacità di resilienza di sanitari, istituzioni e popolazioni per prepararsi e rispondere alle crisi⁴⁴, e su un'adeguata considerazione dei determinanti sociali di salute.

Sarebbe quindi auspicabile trarre dall'esperienza della pandemia una raccomandazione a tutelare e implementare i modelli di sanità pubblica universalista finanziata dalla fiscalità generale.

In questa prospettiva, compito delle autorità competenti, della società civile organizzata e di tutte le comunità di vita dovrebbe essere quello di adottare un punto di vista globale e strategie interconnesse, basate sui comuni valori di uguaglianza, equità e universalismo, per garantire il diritto alla salute tramite un modello di sanità pubblica ispirato a questi principi.

3. LINEE PROPOSITIVE PER UN DIRITTO ALLA SALUTE NEI SISTEMI SANITARI

Sulla base delle precedenti considerazioni e senza alcun intento prescrittivo, è utile provare a collegare i nuovi contenuti ideali scaturiti dalla riflessione su quanto l'esperienza della pandemia ha insegnato attraverso la definizione di ipotetiche linee di sviluppo teorico sulle quali ripensare il diritto alla tutela della salute e i sistemi sanitari che dovrebbero garantirne la concreta attuazione.

^a La Ghs è incentrata sulla prevenzione, la rilevazione e la risposta alle minacce alla salute pubblica ed è desunta dalle International health regulations (Ihr) dell'Oms che forniscono lo strumento giuridico di diritto internazionale legalmente vincolante per i Paesi aderenti all'Oms che definisce diritti e obblighi nella gestione di eventi di salute pubblica internazionale. La Uhc, promossa dall'Onu nel 2012, si poneva l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso senza discriminazioni ai farmaci essenziali e all'insieme dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione in modo sicuro, economico, efficace, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponesse i gruppi più poveri e vulnerabili sofferenza economica. L'Oms ha sposato entrambe le strategie, assegnandogli il medesimo livello alto di priorità.

In questa prospettiva, un primo punto essenziale dovrebbe consistere nel riconoscimento da parte di tutti gli Stati (in particolare quelli in cui difetta un'adeguata protezione giuridica quale quella offerta dall'art. 32 della Costituzione italiana e un efficace sviluppo della relativa giurisprudenza costituzionale) del diritto alla salute non solo attraverso il suo riconoscimento nel proprio sistema legislativo, ma anche accettando una vincolatività forte derivante dalla ratificazione di tutti i trattati internazionali disponibili. Vale la pena qui ricordare che in alcuni Stati, in forza di questi trattati, il diritto al più elevato standard di salute è stato assicurato da alcune Corti che, nelle loro sentenze, si sono richiamate alle norme di quei trattati. Al fine di bilanciare l'inevitabile genericità delle formulazioni legislative, sarebbe poi opportuno definire con più dettagliate previsioni cosa la società può realisticamente aspettarsi dai sistemi sanitari. A tale proposito, le istituzioni dovrebbero informare sia le persone sane sia quelle malate circa l'efficacia e la sicurezza degli interventi sanitari realmente utili educando al contenimento dei desideri al fine di arginare le aspettative irrealistiche nei confronti di una sanità infallibile.

Poiché è dimostrato ormai da un robusto corpo di evidenze che la partecipazione migliora tutti gli indicatori di esito⁴⁵, i sistemi sanitari dovrebbero anche prevedere soluzioni istituzionali per permettere una partecipazione attiva di tutte le parti interessate alle strategie di sviluppo di nuove politiche di sanità pubblica. In questo senso, la trasparenza rappresenta un ulteriore strumento per garantire concretamente il diritto alla salute ed è del massimo interesse l'insegnamento impartito dalla pandemia sul ruolo dell'etica tra la scienza e la politica in merito alle scelte riguardanti la salute. Tra queste, oltre a quelle di micro-allocazione che competono ai professionisti sanitari, particolare importanza hanno le scelte attinenti alla macro-allocazione delle risorse economiche destinate dai decisori al finanziamento e all'organizzazione dei sistemi sanitari. È rilevante a questo proposito l'identificazione di una "spesa costituzionalmente necessaria" che nella giurisprudenza costituzionale italiana ha rappresentato un passaggio importante consentendo di garantire «il rispetto dei principi di eguaglianza e solidarietà nel bilanciamento con gli altri valori costituzionali»⁴⁶. Se infatti i processi di micro-allocazione delle risorse di pertinenza dei professionisti sanitari devono essere sempre improntati, per ogni malato, ai principi di appropriatezza clinica, proporzionalità delle cure, non rivalità e non escludibilità, i decisori, per parte loro, devono adottare politiche pubbliche trasparenti ponendo una vigilante attenzione alle modalità e ai processi di macro-allocazione utilizzati, nella consapevolezza sia delle inevitabili interconnessioni tra i due livelli di allocazione, sia del modo in cui questi possono interferire nei processi decisionali riguardanti la cura del singolo malato. Pertanto, tutti i cittadini e le comunità dovrebbero avere la possibilità di sapere come i decisori e i responsabili hanno assolto e assolvono i loro doveri, mentre essi dovrebbero avere la possibilità di spiegare come e perché hanno preso o meno certe decisioni.

Peraltro, l'allocazione di risorse eventualmente limitate deve essere affrontata da tutte le parti interessate esplorando in modo onesto le cause della limitazione per avviarne la rimozione, promuovendo così il rinnovamento del sistema sanitario. In tal senso si pronunciano anche le recenti linee guida emanate dal Consiglio dei ministri dell'Unione europea⁴⁷ che sottolineano la necessità di un accesso equo alla salute per tutti e di strategie di preparazione, trasparenza, inclusività e non discriminazione.

La trasparenza non riguarda soltanto le decisioni politiche. Nel Regno Unito l'Alleanza per la trasparenza dei dati (Medicines transparency alliance - MeTA) – un'associazione di tutti gli stakeholder della sanità – tutela la comunità assicurando la trasparenza dell'informazione sulla qualità, la disponibilità e il prezzo di farmaci essenziali⁴⁸. Sulla stessa linea si muove il Programma internazionale per la trasparenza sui farmaci e la sanità (Transparency international pharmaceuticals and healthcare programme)⁴⁹, poiché la mancata trasparenza dei risultati dei trial clinici può aumentare il rischio di influenze indebite, di manipolazione dei dati e di distorsione delle evidenze.

Come si è considerato in precedenza, i principi di uguaglianza e di non discriminazione, quando declinati in tema di salute, si collegano al concetto di equità e tutti richiamano il tema della giustizia sociale. Inoltre, i principi di uguaglianza e non discriminazione, trovando riscontri in norme di legge, possono essere anche più cogenti del principio di equità. È particolarmente importante in questo contesto che i professionisti sanitari siano stimolati con adeguate campagne di sensibilizzazione e con specifici interventi a individuare e modificare comportamenti discriminatori. I bias di comportamento, impliciti ed espliciti, sono infatti tra i fattori che contribuiscono maggiormente alle disparità di trattamento nel settore sanitario. In particolare i bias impliciti, quali le convinzioni riguardo alle diverse etnie, all'età, al genere, alle differenze culturali e alle abilità che agiscono inconsciamente, influenzando in modo automatico il giudizio e l'operato dei professionisti, sono appresi e interiorizzati attraverso una prolungata esposizione a modelli culturali deteriori e contribuiscono a determinare comportamenti discriminatori difficilmente eradicabili⁵⁰. Tutti i settori e i servizi collegati alla salute dovrebbero essere della migliore qualità possibile.

Non ci si riferisce qui soltanto alla qualità delle prestazioni di diagnosi e cura, ma anche a tutte quelle attività connesse all'individuazione, all'intercettazione e al soddisfacimento dei bisogni di salute. La qualità quindi è un attributo non solo delle attività cliniche, ma anche di quelle di sanità pubblica⁵¹. Vale la pena ricordare che il diritto al più alto standard di salute definito nell'articolo 12-a del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (International covenant on economic, social and cultural rights - Icescr)⁵² fa esplicito riferimento ai determinanti fondamentali della salute definiti dall'Oms quali: l'acqua potabile, le adeguate strutture igienico-sanitarie, l'istruzione, l'accessibilità alle informazioni riguardanti la salute, agli ospedali e a ogni altro edificio sanitario, la disponibilità di medici e infermieri qualificati e di farmaci essenziali. È opportuno sottolineare che l'accesso alle informazioni riguardanti la salute dovrebbe prevedere una vera e propria campagna continua di educazione scientifica dei cittadini, condotta a cominciare dalla scuola, che, oltre a renderli criticamente consapevoli e responsabili delle loro scelte, dovrebbe poter consentire loro di valutare la qualità delle informazioni per distinguere quelle scientificamente validate da quelle prive di fondamento (la carenza di alfabetizzazione sanitaria è stata evidente durante la pandemia). L'alfabetizzazione sanitaria è inoltre uno strumento importante per garantire l'equità nella salute: i più fragili sono proprio coloro che non hanno accesso alle informazioni⁵³.

In ultimo, la qualità conferisce valore all'appropriatezza clinica, permettendo agli operatori sanitari di usarla come risorsa professionale, ai decisori di comprendere che migliorarla non significa ridurre i costi ma ottimizzare le risorse, a entrambi di eliminare interventi inutili sovrautilizzati e offrire interventi efficaci sottoutilizzati⁵⁴. L'ottimizzazione delle risorse, resa possibile da questa diversa concezione della qualità per un approccio rinnovato al diritto alla salute, permette di valorizzare il capitale umano costituito da tutti i professionisti della salute. Alcune importanti implicazioni per il diritto alla salute nascono poi dalla pianificazione della sua progressiva realizzazione. Secondo la Dichiarazione di Alma Ata, gli Stati devono avere piani nazionali, basati su prove di efficacia, per lo sviluppo dei sistemi sanitari. I piani sanitari dei sistemi che includono il settore pubblico e quello privato devono prevedere che i due settori agiscano in un rapporto coordinato, governato da un'ottica di sussidiarietà⁵⁵ e di servizio all'intera comunità⁵⁶. È importante chiarire che "progressiva realizzazione" non può significare che ciascun governo è libero di scegliere qualsiasi misura da attuare in tempi da stabilire; si tratta invece di porre in atto definiti percorsi con specifici obiettivi per assicurare l'ottenimento del risultato efficacemente e rapidamente. Ancora va sottolineato che alcune Corti⁵⁷, a proposito della "progressiva realizzazione", hanno considerato a tal punto rilevanti alcune responsabilità correlate al diritto alla salute che esse non possono essere soggette né alla temporizzazione della pianificazione né all'entità delle risorse disponibili.

Altre fondamentali implicazioni scaturiscono poi dal complesso problema della disponibilità delle risorse economiche e dalle forme di finanziamento.

Ovunque, in Europa come nel resto del mondo, si va registrando un costante aumento dei costi sanitari e una crescita della spesa sanitaria in valore nominale che fatica però a tenere il passo della domanda di cure di qualità^{58,59}. Di conseguenza, l'efficienza e l'efficacia dei sistemi sanitari sono giudicate rispetto alla sfida *triple aim*: migliorare lo stato di salute del singolo malato; ridurre la spesa sanitaria *pro capite*; migliorare la salute di una data popolazione⁶⁰.

Esistono quattro approcci generali per affrontare il problema: 1) aumentare le entrate fiscali fino al punto in cui gli obblighi del sistema sanitario possono essere soddisfatti; 2) ridurre tali obblighi al punto in cui possono essere soddisfatti dalle entrate esistenti, aumentando però la dipendenza dei sistemi sanitari dalla finanza privata; 3) migliorare la capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore; 4) integrare in un'unica prassi medica, attraverso l'uso di banche-dati, l'assistenza clinica al singolo malato, il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione e la riduzione, da parte dei sistemi sanitari, delle disuguaglianze attraverso il miglioramento degli accessi, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, agendo sui determinanti sociali delle malattie (Medicina clinica di popolazione - Clinical population medicine^{61,62}).

Al di là del metodo prescelto è importante qui ribadire che, come stabilito dal Consiglio dell'Unione europea⁶³, i sistemi sanitari devono garantire l'equità attraverso la copertura universale, la solidarietà tramite il finanziamento dalla fiscalità generale e l'erogazione di un'assistenza

sanitaria di alta qualità che tuttavia non sembra essere assicurata dal supporto dei sistemi sanitari *for profit* o misti (pubblico/privato)⁶⁴.

Affinché i sistemi sanitari garantiscano effettivamente il diritto alla salute, i diversi settori di attività dovrebbero essere coordinati efficacemente, sia sul piano nazionale sia internazionale, da interventi pubblici o privati o di cooperazione internazionale. Le attività svolte da questi diversi soggetti dovrebbero attuarsi in un sistema operativo costituito da servizi sanitari di comunità, di distretto e specialistici per assicurare un *continuum* di prevenzione e cura. In tal senso, la Medicina clinica di popolazione sembra costituire l'approccio più ricco di potenzialità⁶⁵.

La cooperazione internazionale tra i sistemi sanitari dei diversi Stati è un cardine irrinunciabile nella lotta alle malattie infettive, alla trasmissione dei risultati della ricerca e alla diffusione delle iniziative regolatorie. I Paesi ad alto reddito dovrebbero garantire assistenza e cooperazione a tutti gli altri che, di converso, dovrebbero sentire l'obbligo di richiedere l'assistenza e la cooperazione necessarie a rafforzare i loro sistemi sanitari.

4. CONCLUSIONI

A settantacinque anni dalla pubblicazione della Dichiarazione universale dei diritti umani, il diritto alla salute è, in molte parti del mondo, un obiettivo remoto, in altre solo parzialmente raggiunto, in altre ancora una conquista in larga parte consolidata, seppure con una serie di rilevanti criticità.

La percezione della salute come un "bene" a tal punto inestimabile da farla assurgere al rango di diritto umano fondamentale, non corrisponde quindi a un universale e uniforme corso di azioni politiche e sociali di tutti i governi, globalmente orientate alla sua valorizzazione.

Il ruolo svolto dai determinanti sociali, economici, politici e culturali nell'ostacolare in diversa misura il conseguimento della migliore condizione raggiungibile di salute, per gli individui come per le comunità, è noto da tempo. Esso rende ragione delle disuguaglianze, delle iniquità e, in definitiva, dell'ingiustizia che le differenze nella considerazione del concetto di salute, in alcuni casi drammatiche, generano nel mondo.

Potrebbero esservi dunque argomenti apparentemente solidi a sostegno della convinzione di alcuni secondo i quali la concezione della salute come diritto costituisca una prospettiva difficilmente praticabile quando non illusoria.

Ci si potrebbe infatti interrogare su come sia possibile considerare l'essere in buona salute un diritto se non è possibile far sì che ognuno possa godere di una buona salute. Ancora ci si potrebbe chiedere perché considerare un diritto la salute invece che la cura, quando è proprio su questa che si può agire più direttamente con leggi specifiche e politiche appropriate. Un'ultima

considerazione è di natura giuridica: come si può prevedere un diritto alla salute se non esiste una legislazione vincolante in proposito.

Come sostiene il filosofo ed economista Amartya Sen⁶⁶, la prima questione implica stabilire preliminarmente cosa può o non può essere considerato un diritto: se la sua attuabilità è posta come preconditione necessaria, allora neppure la libertà potrebbe essere considerata un diritto perché anch'essa non è garantita a tutti come non lo è l'inviolabilità della persona o il voto.

In secondo luogo, se lo stato di salute dipende dalla qualità delle cure erogate, su cui è effettivamente possibile legiferare, è vero anche che esso è correlato ad altri fattori quali gli stili di vita, il grado di istruzione, il reddito. In questo senso il diritto alla salute non dipende solo dalla sua considerazione giuridica, ma anche dal livello di progresso raggiunto in ogni comunità, di cui il diritto alla cura è una parte e, allo stesso tempo, un indicatore fondamentale.

Riguardo alla terza questione, vi è una consolidata tradizione del pensiero occidentale per la quale l'etica sociale basata sui principi morali e sui valori di riferimento deve contribuire a guidare l'azione del legislatore; ne sono un esempio la Dichiarazione dei diritti dell'uomo in Francia, la Dichiarazione di indipendenza in America, le Carte costituzionali dei più evoluti tra i Paesi europei, prima fra tutte quella italiana. È altresì innegabile che mentre può esistere un dovere morale di rispettare e proteggere il diritto alla salute, la sua inclusione in un definito ordinamento giuridico rappresenta a sua volta il punto di partenza per sancirne il riconoscimento attraverso specifiche norme che consentono di identificare i soggetti di quel diritto, i portatori dei doveri e le autorità necessarie per farlo rispettare. Il diritto sanitario internazionale, nonostante i suoi limiti, rimane una risorsa essenziale per raggiungere la salute globale con equità e giustizia.

In sintesi, affinché il diritto alla salute possa godere di un pieno riconoscimento, sono necessari approcci sinergici che richiedono azioni politiche, giuridiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali miranti a far sì che esso possa essere stabilmente collocato nel novero dei diritti primari che coinvolgono le libertà personali e incorporato nei sistemi giuridici di tutti gli Stati.

Lo sviluppo di questo processo è tanto più urgente se consideriamo le drammatiche congiunture che stiamo attraversando. L'incombente minaccia costituita dai cambiamenti climatici in atto, l'esperienza pandemica non ancora del tutto risolta, la lunga teoria di conflitti armati che non hanno mai cessato di accendersi in tutti i continenti dal secondo dopoguerra – l'ultimo è a oggi il più pericoloso a causa delle sue possibili conseguenze per l'intero genere umano – rappresentano, infatti, le sfide formidabili che ci interrogano in modo ultimativo sulle scelte che intendiamo compiere per il nostro futuro.

In quest'ottica, lo sviluppo sostenibile, l'approccio *One health*, la giustizia sociale, l'equità e l'uso appropriato dell'innovazione scientifica e delle risorse umane, tecnologiche ed economiche dovrebbero rappresentare le risposte.

Il diritto alla salute globale è parte integrante di ciascuna di esse e richiede sforzi convergenti e

volontà politiche certe e condivise da parte di tutti i governi perché esso possa essere considerato non solo un obiettivo concretamente raggiungibile, ma anche lo strumento necessario per riattivare quel cammino di costruzione di vera pace e vero progresso che, a oggi, sembra essere sempre più impervio.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Coronavirus (CoViD-19) dashboard. Disponibile su: <https://bit.ly/3l7kfzk>
2. Caporale C, Collicelli C (a cura di). *Pandemia e generatività*. Roma: CNR Edizioni, 2021.
3. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al. Managing ICU surge during the CoViD-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med* 2020; 46: 1303-25.
4. Gristina GR. Il prezzo pagato alla pandemia dai malati non CoViD: le scatole cinesi della crisi sanitaria. *Recenti Prog Med* 2022; 113: 90-6.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding how CoViD-19 vaccines work. Disponibile su: <https://bit.ly/3ZFqzNy>
6. Amato G. Prefazione. In: Caporale C, Pirni A (a cura di). *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la CoViD-19*. Roma: Cnr Edizioni, 2020.
7. Lettera Enciclica *Laudato Si'* del Santo Padre Francesco sulla Cura della Casa Comune. Disponibile su: <https://bit.ly/2TS1ems>
8. ASviS. Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. *Quaderni dell'ASviS* 2022; 6: 1-77.
9. Glassman A. What's next? Predicting the frequency and scale of future pandemics. Center for Global Development. Disponibile su: <https://bit.ly/3RYdYSQ>
10. Collicelli C, Cascelli M. Salute e sviluppo sostenibile: dalle nuove esigenze sanitarie all'approccio One Health. In: *Agenda 2030: un viaggio attraverso gli obiettivi di sviluppo sostenibile*. Roma: ASviS e Santa Chiara Lab, 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/40H2Lsw>.
11. Leonardi F. The definition of health: towards new perspectives. *Int J Health Serv* 2018; 48: 735-48.
12. World Health Organization. Constitution. 2005. Disponibile su: <https://bit.ly/3HTEnfH>
13. World Health Organization. Human rights. 2022. Disponibile su: <https://bit.ly/3lioQro>
14. Gostin LO, Sridhar D. Global health and the law. *N Engl J Med* 2014; 370: 1732-40.
15. Ministero della Salute. *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*. A cura di LUISS "Guido Carli", 2008.
16. Zamagni S. La lezione e il monito della pandemia da CoViD-19. p. 37. In: Caporale C, Pirni A (a cura di). *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la CoViD-19*. Roma: Cnr Edizioni, 2020.
17. Lettera Enciclica *Fratelli Tutti* del Santo Padre Francesco sulla Fraternità e l'Amicizia Sociale. Disponibile su: <https://lc.cx/mJ9Fvg>
18. Geraci S. Spostare il margine per una sanità più equa e più inclusiva. *Recenti Prog Med* 2022; 113 (suppl. Forward 27): 19-20.
19. Gristina GR. Verso la revisione del Codice di deontologia medica: riflessioni di un estremista. *Recenti Prog Med* 2023;114: 86-93.

20. Saitto C. L'integrazione tra clinica e sanità di popolazione è una priorità per il sistema sanitario. *Recenti Prog Med* 2023; 114: 250-5.
21. Cosentino L, Saitto C. *La sanità non è sempre salute*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2022.
22. Varbanova V, Beutels P. Recent quantitative research on determinants of health in high income countries: a scoping review. *PLoS One* 2020; 15: e0239031.
23. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Man* 2008; 14 Suppl (Suppl): S8-17.
24. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 284-91.
25. Petrelli A, Di Napoli A, Sebastiani G, et al. Italian atlas of mortality inequalities by education level. *Epidemiol Prev* 2019; 43 (1S1): 1-120.
26. Wilkinson RG, Marmot M. *The Solid Facts*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
27. Collicelli C. *One Health: salute e sanità alla luce della pandemia*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2022.
28. Lirussi F, Ziglio E. One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili. *Scienzainrete* 2021; 8 febbraio.
29. Cittadinanzattiva. *La carta civica della salute globale-2022*. Disponibile su: <https://bit.ly/3lwNAvY>
30. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 254-8.
31. Reidpath DD, Olafsdottir AE, Pokhrel S, Allotey P. The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system. *BMC Public Health* 2012; 12 (Suppl1): S3.
32. Melone G. Sanità: innovazione e progresso scientifico come fattori di successo. *HealthTech360* 2023; 2 febbraio.
33. Cascini F. L'Intelligenza Artificiale motore della One Health per lo Sviluppo Sostenibile. *HealthTech360* 2022; 10 febbraio.
34. Healthcare & Life Science: il futuro è nei dati. *HealthTech360* 2023; 27 gennaio.
35. World Health Organization. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. Disponibile su: <https://bit.ly/3Kdfgr8>
36. ASviS. *Agenda 2030. Un viaggio attraverso gli obiettivi di sviluppo sostenibile*. Disponibile su: <https://bit.ly/3lvV2HL>
37. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 1068-72.
38. Cairney P, St Denny E, Mitchell H. The future of public health policymaking after CoViD-19: a qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Res Europe* 2021; 1: 23.
39. Khayatzadeh-Mahani A, Ruckert A, Labonté R, Kenis P, Akbari-Javar MR. Health in All Policies (HiAP) governance: lessons from network governance. *Health Promot Int* 2019; 34: 779-91.

40. Penasa S. La 'salute in tutte le politiche': presupposti teorici e fondamento costituzionale. [Federalismi.it](https://www.federalismi.it) 2015; 18 novembre.
41. World Health Organization. International Health Regulations. Disponibile su: <https://bit.ly/3ZdVDDJ>
42. World Health Organization. Universal Health Coverage. Disponibile su: <https://bit.ly/3k3KLcs>
43. Lal A, Erondy NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in CoViD-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet* 2020; 397: 61-7.
44. European Center of Disease Control and Prevention (ECDC). Lessons from the CoViD-19 pandemic. ECDC Technical Report May 2023. Disponibile su: <https://bit.ly/42eox8a>
45. Potts H. Participation and the right to the highest attainable standard of health. Essex: Human Rights Centre, University of Essex, forthcoming. Disponibile su: <https://bit.ly/3Z0oeMC>
46. Sciarra S. Solidarietà alla prova. Corte costituzionale, sicurezza sociale e diritti. Cerimonia di apertura delle celebrazioni per i 125 anni dalla fondazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale: "L'evoluzione del welfare e del lavoro per innovare il Paese". Roma, 3 marzo 2023.
47. Council of Europe. Equitable access to medicinal products and medical equipment in a situation of shortage: new recommendation. 2023. Disponibile su: <https://bit.ly/3AfXzAM>
48. Medicines Transparency Alliance. Website: <https://bit.ly/3EMwQP2>
49. Fondazione GIMBE. La trasparenza dei trial clinici. Disponibile su: <https://bit.ly/2x5qdnS>
50. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2017; 18: 19.
51. Emergency. Medicina e diritti umani. Disponibile su: <https://bit.ly/4210IBv> [ultimo accesso 20 luglio 2023].
52. United Nations Digital Library. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Disponibile su: <https://bit.ly/3k3WaiZ>
53. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. Disponibile su: <https://bit.ly/3ZDRdq6>
54. Cartabellotta N. Appropriata professionalità: la chiave per la sostenibilità della sanità pubblica. OdM Brescia. Disponibile su: <https://bit.ly/3YhnzGV>
55. Corte costituzionale. Decisioni. Sentenza 131/2020: Giudizio di legittimità costituzionale in via principale. GU 01/07/2020 n. 27.
56. Berwick DM. Salve Lucrum: the existential threat of greed in US Health Care. *JAMA* 2023; 329: 629-30.
57. Constitutional Court, Tutela decision T-760/2008, Judge: Manuel José Cepeda, Second Reviewing Chamber, 31 July 2008. Disponibile su: <https://bit.ly/3IAKMy5>
58. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Politiche sanitarie. Ocse: la spesa sanitaria rallenta, frenata record negli ultimi 10 anni. Disponibile su: <https://bit.ly/3lUogau>
59. Università Bocconi Cergas. Rapporto OASI 2022. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Disponibile su: <https://bit.ly/3Y0VbHG>
60. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff*

(Millwood) 2008; 27: 759-69.

61. Orkin AM, Bharmal A, Cram J, Kouyoumdjian FG, Pinto AD, Upshur R. Clinical population medicine: integrating clinical medicine and population health in practice. *Ann Fam Med* 2017; 15: 405-9.
62. Sud A, Hodgson K, Bloch G, Upshur R. A conceptual framework for continuing medical education and population health. *Teach Learn Med* 2022; 34: 541-55.
63. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea 22.6.2006. C 146/1. Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea.
64. Goodair B, Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *Lancet Public Health* 2022; 7: e638-e646.
65. Rouble AN, Zayed R, Harvey BJ, Loh LC. Integrating clinical medicine and population health: where to from here? *Can J Public Health* 2019; 110: 801-4.
66. Sen A. Why and how is health a human right? *Lancet* 2008; 372: 2010.

PARTE II Aspetti specifici

Diritto

Il diritto alla salute e la «spesa costituzionalmente necessaria»

Luca Antonini

1. PREMESSA: LA GARANZIA DEI DIRITTI COSTITUZIONALI E LE COMPATIBILITÀ ECONOMICHE

La garanzia dei diritti costituzionali non può evitare il confronto con la questione delle compatibilità economiche¹.

Si tratta di una affermazione per nulla scontata, perché si potrebbe ritenere che i diritti costituzionali e in particolare quelli inviolabili siano entità assolute, quasi “sacre”, che mai potrebbero essere confuse con le “questioni pecuniarie”.

Del resto, «[s]pecie i costituzionalisti, ancora oggi, quasi pensando che *pecunia*, anche se pubblica, *olet*, hanno rifuggito il duro discorso delle risorse che è anche e soprattutto discorso di allocazione di potere»² e così è rimasto in ombra un dato ovvio (ma che sembra emerso solo da poco alla comune consapevolezza): «tutti i diritti, nessuno escluso, costano, non solo in termini di relazione con gli altri diritti e con le situazioni soggettive passive di chi deve rispettarli, ma anche, più trivialmente, in termini di risorse sociali da destinare al loro soddisfacimento»¹.

A lungo infatti si è teorizzata, salvo qualche rara eccezione, l'assenza di questa interdipendenza: probabilmente fino a tutti gli anni Ottanta, quando ancora si riteneva che lo Stato avrebbe potuto sempre e comunque reperire risorse, grazie soprattutto all'indebitamento pubblico.

Erano anni in cui nell'aria vibrava ancora l'onda lunga dell'imponente sviluppo economico dei decenni precedenti e ci si illudeva che mai sarebbe venuto il momento di rendere il conto.

Negli anni Novanta, però, lo scenario inizia rapidamente a mutare: il tasso di crescita del Pil via via si ridimensiona, la globalizzazione dei mercati finanziari e le nuove potenzialità della speculazione internazionale iniziano a mostrare la fragilità di Paesi, come l'Italia, con debiti pubblici eccessivi.

L'ingresso nella moneta unica, necessaria a evitare di rimanere facile preda dei mercati, impone un serio processo di risanamento finanziario e il tema delle compatibilità economiche si traduce nell'adesione ai parametri di Maastricht che impongono limiti ai deficit degli Stati e al loro debito pubblico.

Il tema si aggrava poi ulteriormente e drammaticamente con la crisi finanziaria globale che esplode nel 2007 e che dimostra che nemmeno la moneta unica, in sé, può mettere al riparo da attacchi speculativi³.

L'Italia addirittura deve approvare in pochissimo tempo una riforma costituzionale che modifica l'art. 81 Cost. inserendo in Costituzione il principio dell'equilibrio di bilancio.

A questo punto l'utopia di ritenere i diritti come entità incondizionate e indipendenti dalle risorse disponibili viene spazzata via dalla storia.

Oggi, quindi, non si tratta più di chiudere gli occhi di fronte alla cruda realtà del condizionamento finanziario, quanto piuttosto di aprirli due volte: prima per riconoscere il dato e poi, soprattutto, per capire qual è l'antidoto, cioè individuare le forme con cui la Costituzione consente di bilanciare questo condizionamento finanziario con la garanzia dei diritti, così da evitare che questo condizionamento diventi un vero e proprio valore tiranno, che schiaccia e opprime la garanzia dei diritti. Ciò vale in particolar modo per la spesa sanitaria.

2. SPUNTI DI RIFLESSIONE SULL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE TRATTI DALL'ESPERIENZA DELLA PANDEMIA

La grave pandemia che ha colpito l'umanità, mietendo un numero drammatico di vittime, ha offerto numerosi spunti di riflessione proprio su questo tema.

In particolare, nel periodo più difficile, per esempio, si è sentito affermare, soprattutto in contesti diversi da quello italiano, come in quello spagnolo⁴, che di fronte alla scarsità dei posti nelle terapie intensive bisognava effettuare selezioni: ovvero dare la precedenza ai giovani piuttosto che agli anziani, e tra i giovani, se i posti comunque non bastavano, a quelli sani piuttosto che a quelli con altre patologie che avrebbero comunque comportato minore speranza di vita.

Va precisato che l'argomento, per la crudezza e la cinica disinvoltura con cui veniva presentato, in alcuni casi trascendeva quel normale equilibrio con cui l'arte medica, a volte, è chiamata a prendere, in scienza e coscienza, decisioni per evitare, per esempio, un intrusivo accanimento terapeutico, che dato il progresso scientifico potrebbe, ostacolando il normale corso di una malattia, tenere in vita per tempi indeterminati le persone, nonostante le loro gravi condizioni di sofferenza.

C'era qualcosa di più nell'argomento che veniva utilizzato: vi vibrava l'eco di una radice culturale per la quale un qualsiasi potere può decidere che una vita è più meritevole di essere vissuta di un'altra. Evidentemente questa radice non è compatibile con la nostra Costituzione, che ruota tutta intorno al concetto di dignità umana e respinge con forza qualsiasi discriminazione al riguardo.

Ma la scarsità dei posti nelle terapie intensive imponeva nell'anno 2020 la "scelta tragica" di chi salvare⁵.

Tale problema, allora, non può essere risolto echeggiando soluzioni discriminatorie, ma va certamente rovesciato: in relazione a certe spese, come quella sanitaria, le risorse (anche, appunto, quelle per le terapie intensive) non dovrebbero mai mancare, nel senso che prima di tagliare la spesa sanitaria si dovrebbero tagliarne altre: quelle che, come si vedrà, "costituzionalmente necessarie" non sono.

È a questo punto che inizia a definirsi il tema delle tecniche decisorie e del bilanciamento tra risorse e diritti, tema che si comprende in modo particolarmente evidente con riguardo proprio al diritto alla salute, date tutte le sue specifiche particolarità.

3. IL CONDIZIONAMENTO FINANZIARIO DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Il diritto alla salute può essere definito, nello stesso tempo, come il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali⁶.

Il più importante: le poche parole dell'art. 32 della Costituzione («La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti») illuminano un mondo talmente complesso che, in fondo, è ben sintetizzato dal detto popolare: "se c'è la salute c'è tutto". Ma nello stesso tempo è il più fragile. Nessuno, fra i vari diritti sociali, dipende, come il diritto alla salute, dalle risorse pubbliche che vengono stanziare. L'istruzione, per assurdo, un ragazzo potrebbe riceverla dai genitori o potrebbe anche garantirselo da solo, con un po' di buona volontà.

Per la salute questo non è possibile. Non ci si può curare un tumore o una polmonite da soli. Per tutelare il diritto alla salute sono sempre indispensabili strutture e professionisti (medici, infermieri, etc.) che lo garantiscano. Quindi, tra tutti i diritti sociali, è quello più condizionato dalle risorse finanziarie.

Risorse finanziarie che, per questo diritto (garantito nel nostro ordinamento in modo universalistico), sono necessarie in misura sempre maggiore: lo sviluppo tecnologico e la ricerca scientifica permettono, infatti, con velocità il raggiungimento di straordinari traguardi. Si pensi ai nuovi farmaci oncologici che consentono oggi di intervenire efficacemente su tumori ritenuti incurabili fino a pochi anni fa: i nuovi rimedi, tuttavia, sono molto costosi.

Le peculiarità, e in particolare le fragilità, del diritto alla salute, peraltro, non si esauriscono in quanto detto.

4. IL DECENTRAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Bisogna aggiungere, infatti, che tra tutti i diritti sociali, il diritto alla salute è quello che maggiormente è stato decentrato. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, l'organizzazione sanitaria è diventata competenza residuale regionale e il diritto alla salute si è ritrovato a vivere nel crocevia di due coordinate: da un lato lo Stato che finanzia il Fondo sanitario nazionale (Fsn), dall'altro le Regioni che concretamente strutturano i sistemi di cura.

Non è un facile crocevia.

Infatti, se il Governo e il Parlamento tagliano il finanziamento al diritto alla salute, sono le Regioni che si trovano costrette nell'alternativa tra introdurre ticket sanitari, aumentare l'addizionale regionale all'Irpef o ridimensionare i servizi sanitari offerti alla popolazione.

In questo modo sono state dissociate le responsabilità e il taglio statale al diritto alla salute, magari di alcuni miliardi, può passare quasi inosservato agli occhi dell'opinione pubblica. Tutt'altro impatto avrebbe un taglio analogo sulla spesa pensionistica: immediatamente gli elettori ne identificherebbero l'autore e alla prima occasione potrebbero sanzionarlo con il loro voto.

Nel caso del diritto alla salute, invece, l'autore del taglio, per effetto della suddetta dissociazione di responsabilità, resta quasi anonimo e gode di una sostanziale immunità.

Mentre tutti i pensionati conoscono bene l'importo della propria pensione e tutti i lavoratori sanno quando si perfeziona il proprio diritto, pochi, nell'opinione pubblica, conoscono a quale cifra ammonti oggi il Fsn, e ancora meno sanno a quanto ammontava, per esempio, circa cinque anni fa.

Certamente la popolazione oggi si rende conto che si sono allungate le liste d'attesa o che certe prestazioni sanitarie non sono più accessibili, o che la gestione del Covid ha scontato anche inefficienze, ma rimane disorientata quanto a identificarne il responsabile.

Infatti, solo in pochissimi esperti del settore sanno che il Fsn ammonta oggi a circa 130 miliardi di euro, che è prevalentemente finanziato tramite una compartecipazione all'Iva e che, rispetto ai tendenziali di crescita, negli anni passati ne è avvenuta una imponente riduzione.

5. LA NECESSITÀ DI SUPERARE I DIVARI REGIONALI ATTRAVERSO UN PIÙ EFFICACE RUOLO DELLO STATO

Sempre in relazione al problema del decentramento dell'organizzazione sanitaria non può essere dimenticato un altro profilo: il grave divario che esiste tra i sistemi regionali, alcuni dei quali sono classificati tra i migliori esistenti a livello internazionale e altri invece sono rimasti cronicamente affossati in una grave incapacità di garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea).

Significativa da questo punto di vista è la sentenza n. 168 del 2021, dove la Corte costituzionale ha stigmatizzato la situazione in cui, dopo ben undici anni di commissariamento statale, ancora si trovava il sistema sanitario della Calabria: «Il disavanzo cristallizzato nel piano di rientro si è ridotto – in termini assoluti – di pochissimo, passando da 104,304 mln di euro iniziali a € 98,013 mln a fine 2019, con la conseguenza che gli abitanti della Calabria stanno da dieci anni colmando una voragine finanziaria che cresce e si alimenta di anno in anno. A fronte di questi “sacrifici finanziari”, i medesimi cittadini non godono però di servizi sanitari adeguati, perché i Lea ancora non sono garantiti secondo il livello ritenuto sufficiente dal Tavolo e dal Comitato sopra ricordati, mentre la mobilità sanitaria dei cittadini calabresi ha ormai assunto dimensioni imponenti [...]. Si è dunque realizzata una situazione di doppia negatività fra costi e prestazioni, ovvero tra “performance negativa nella qualità delle prestazioni” e “disavanzi privi di copertura”».

La sentenza ha precisato che, nella Costituzione, il riconoscimento del valore delle autonomie territoriali è in «prospettiva generativa» e quindi occorre dare «la prova concreta della realizzazione di determinati interessi essenziali», la cui tutela spetta allo Stato quale «garante di ultima istanza», che è chiamato a intervenire con il suo potere sostitutivo in presenza di gravi inefficienze a livello regionale. Questo potere sostitutivo dello Stato, tuttavia, deve essere «utile» e quindi si giustifica solo se garantisce effettivamente le esigenze unitarie della Repubblica invece compromesse dalla Regione. Pertanto occorre un intervento che comporti una prevalente sostituzione della struttura inefficiente con personale altamente qualificato, statale o comunque non dipendente dalla stessa Regione, in modo da evitare anche ogni possibile condizionamento ambientale.

Si «rischia altrimenti di produrre, a causa dell'impotenza cui si destina il commissario, un effetto moltiplicatore di diseguaglianze e privazioni in una Regione che già sconta condizioni di sanità diseguale».

In situazioni critiche come quella del commissariamento della sanità della regione Calabria, pertanto, l'effetto utile dell'esercizio del potere sostitutivo statale non può essere raggiunto con un «mero avvicendamento del vertice, senza considerare l'inefficienza dell'intera struttura sulla quale tale vertice è chiamato a operare in nome dello Stato».

6. IL SILENZIOSO PROCESSO DI SMANTELLAMENTO DEL WELFARE SANITARIO AVVENUTO NEI PRIMI VENTI ANNI DEL SECONDO MILLENNIO

Il taglio sul diritto alla salute, in particolare nel decennio pre-Covid, non ha avuto equivalenti rispetto agli altri settori della spesa pubblica. Appare significativo che l'Ufficio Parlamentare per il Bilancio, nel 2015, in relazione agli effetti in Italia delle varie manovre degli anni precedenti, abbia affermato: «Emergono inoltre alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse finanziarie e umane, che potrebbero rivelarsi insostenibili se prolungate nel tempo. Questo avviene mentre i principali Paesi sviluppati allocano quantità sempre maggiori

di risorse sulla sanità, seguendo una tendenza che riflette l'aumento della domanda di salute legato all'incremento del benessere e all'invecchiamento della popolazione, oltre che la scoperta di nuove tecnologie e le aspettative di sviluppo del settore»⁷.

Lo stesso documento precisava come in base ai dati Ocse «l'Italia è uno dei paesi membri che di recente hanno ridotto maggiormente la spesa sanitaria (pubblica e privata) pro capite in termini reali: 1,6 per cento in media annua tra il 2009 e il 2013 (cfr. Oecd (2015), "Health at a glance")»⁸.

Il Ministero dell'economia e delle finanze, a sua volta, nel Rapporto 2022 sul monitoraggio della spesa sanitaria ha riscontrato che, a motivo delle carenze del sistema pubblico (tempi delle liste d'attesa, ecc.), la spesa *out of pocket* degli italiani (che hanno potuto permettersela), nel 2021 ha raggiunto l'impressionante cifra di 37,16 mld di euro⁹.

È una cifra che evidenzia come in Italia sia avvenuto un silenzioso processo di smantellamento del welfare sanitario.

7. L'EMERGERE DELLA NOZIONE DI SPESA COSTITUZIONALMENTE NECESSARIA

Rispetto a questi tagli, la Corte costituzionale, sino a poco tempo fa, non disponeva degli stessi, efficaci, strumenti che ha a disposizione per sindacare le "micro" violazioni del diritto alla salute: si pensi, per tutti, al caso deciso con la sentenza n. 992 del 1988, dove si afferma il dovere del Ssn di rimborsare una prestazione altamente specialistica (tomografia con apparecchio a risonanza magnetica nucleare), eseguita nell'unico istituto privato, non convenzionato, che allora risultava in possesso della strumentazione.

Sulle "macro" violazioni, derivanti appunto dal de-finanziamento nazionale del diritto alla salute, la Corte costituzionale, fino a poco tempo fa, risultava invece sostanzialmente disarmata e "costretta" ad arrendersi alla discrezionalità del legislatore.

Un'importante novità è stata introdotta con la sentenza n. 169 del 2017 che ha segnato una tappa molto importante sul tema del de-finanziamento del sistema sanitario.

Di fronte all'ennesimo taglio lineare sulla sanità, la Corte, infatti, ha abbandonato la posizione sin troppo conciliante del periodo precedente e ha posto finalmente un limite, distinguendo la spesa attinente al diritto sociale alla salute – l'unico espressamente qualificato come "fondamentale" dalla Costituzione – dalle altre spese che non sono costituzionalmente necessarie.

La sentenza, in particolare, ha invitato il legislatore a non effettuare «tagli al buio» sulla spesa sanitaria, ma «a corredare le iniziative legislative incidenti sull'erogazione delle prestazioni sociali di rango primario con un'opportuna istruttoria finanziaria».

Ha poi concluso, sul punto, rilevando: «In definitiva, non può sottacersi, nella perdurante inattuazione della legge n. 42 del 2009 già lamentata da questa Corte (sentenza n. 273 del 2013), l'esistenza di una situazione di difficoltà che non consente tuttora l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.».

Si è trattato di una conclusione "pesante", perché ha denunciato l'assenza nell'ordinamento italiano di una «doverosa separazione del fabbisogno Lea dagli oneri degli altri servizi sanitari», spingendosi fino a rilevare che «sotto tale profilo neppure la recente adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) è di per sé in grado di supplire a detta carenza»¹⁰.

Di qui l'ulteriore considerazione, dal valore di un deciso monito: «La persistenza di tale situazione può causare la violazione degli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., nei casi in cui eventuali disposizioni di legge trasferiscano "a cascata", attraverso i diversi livelli di governo territoriale, gli effetti delle riduzioni finanziarie sulle prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie (in tal senso sentenza n. 275 del 2016)». La sentenza, in questi termini, ha colto il *punctum dolens* dello smantellamento del sistema di welfare sanitario cui prima si è accennato.

E da qui ne ha tratto la conseguenza di identificare la spesa sanitaria in termini di «spesa costituzionalmente necessaria» mostrando di voler condividere le tesi, sostenute da attenta dottrina¹¹, dirette a sostenere, nel momento in cui ci trova di fronte alla scarsità delle risorse¹², l'obbligo costituzionale di distinguere le spese attinenti ai diritti sociali da quelle che costituzionalmente necessarie non sono, senza cedere a indistinte giustificazioni di ogni scelta legislativa in nome del valore, che allora diventerebbe sì tiranno (per riprendere l'espressione di un'altra sentenza, la n. 85 del 2013), delle esigenze finanziarie dello Stato¹³.

Si tratta di un punto di approdo molto significativo che acquista ancora più rilevanza se si considerano i passaggi successivi della sentenza n. 169 del 2017, dove questa si rivolge sia al legislatore statale che a quello regionale, promuovendo un'indovinata concezione del riparto delle competenze, fondata sull'incontro delle responsabilità, anziché sullo scontro tra istituzioni. In quest'ottica, infatti, la sentenza rilancia la necessità di una «fisiologica dialettica» tra Stato e Regioni «improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività».

In questi termini, si può senz'altro concludere che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 169 del 2017, ha acceso un nuovo e coraggioso faro sulla questione del (de)finanziamento del diritto alla salute, anche precisando che una volta individuati i Lea, questi divengono un limite costituzionale alle «indifferenziate» riduzioni della spesa pubblica, infatti: «una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica».

La sentenza n. 169 del 2017 ha rappresentato quindi una tappa decisiva della giurisprudenza costituzionale per un adeguato rapporto tra esigenze finanziarie e diritto alla salute, segnando una linea invalicabile alla compressione di questo diritto fondamentale.

In conclusione, le concezioni affermate, i toni utilizzati e il metodo indicato nella sentenza n. 169 del 2017 hanno rimarcato la netta volontà di distinguere tra le spese che il legislatore può sacrificare e quelle che invece deve rispettare in un momento in cui le esigenze finanziarie¹⁴ hanno assunto il volto di un "convitato di pietra" la cui esistenza era impensabile in tempi più risalenti¹⁵.

Non è un fatto banale: non è inutile ricordare che proprio nell'anno in cui veniva adottato il decreto legge n. 78 del 2015 disponendo un taglio di circa 2,3 miliardi al finanziamento del diritto alla salute (cui è relativa la sentenza n. 169 del 2017), nella successiva legge di stabilità venivano introdotti vari *bonus* non legati a esigenze primarie, secondo una prassi che è poi proseguita negli anni successivi.

Va precisato che la comparsa della nozione di spesa costituzionalmente necessaria non è rimasta un episodio isolato nella giurisprudenza costituzionale, ma ha segnato un cambio di rotta di fronte al de-finanziamento del sistema sanitario: nella sentenza n. 87 del 2018 è stato ribadito che la dialettica tra Stato e Regioni deve «consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale».

Nella successiva sentenza n. 103 del 2018 si è poi precisato che in materia di sanità «le singole misure di contenimento della spesa pubblica devono presentare il carattere della temporaneità» e, infine, nella sentenza n. 233 del 2022, si è fatto riferimento «al punto di equilibrio raggiunto sulla definizione e finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, che in ragione del principio di priorità della spesa costituzionalmente necessaria, deve essere assicurato con prevalenza rispetto alla spesa e gestione ordinaria».

8. IL DECRETO APPROPRIATEZZA E LA DECISIONE SULLE CURE: LA REGOLA RIMANE L'AUTONOMIA E LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

La sentenza n. 169 del 2017 è importante anche per un ulteriore aspetto che ha trattato.

Veniva infatti messa in discussione, in quella vertenza, la legittimità costituzionale dell'art. 9-quater del d.l. n. 78 del 2015, che ha attribuito al Ministero della salute il compito di individuare con decreto le condizioni di erogabilità e di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Tale disposizione ha stabilito che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 siano a totale carico dell'assistito; che gli enti del Ssn effettuino i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme

alle condizioni e alle indicazioni del suddetto decreto ministeriale; che, in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente adotti nei confronti del medico prescrittore una riduzione del trattamento economico accessorio e, nei confronti del medico convenzionato con il Ssn, una riduzione delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale.

Da tale complesso normativo è poi scaturito il Decreto del Ministero della salute del 9 dicembre 2015, recante "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

È importante considerare che la sentenza ha dato un'interpretazione costituzionalmente orientata delle norme sulla appropriatezza delle prescrizioni mediche, perché con toni molto decisi le ha ridotte a un semplice invito. Ha infatti affermato: «Esse non possono assolutamente conculcare il libero esercizio della professione medica, ma costituiscono un semplice invito a motivare scostamenti rilevanti dai protocolli. È invece assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite «[nel]le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)».

Per cui: «La medicina è una scienza in evoluzione pertanto non è possibile imporre una metodica prettamente finanziaria nelle linee guida poiché le acquisizioni scientifiche sono in continua evoluzione e la loro applicazione dipende dall'autonomia e dalla responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002), (sentenza n. 151 del 2009)».

9. NEMMENO IL DIRITTO ALLA SALUTE PUÒ PERÒ DIVENTARE "TIRANNO"

Ciò detto, va precisato che il diritto alla salute, pur nel particolare rilievo che lo caratterizza, deve comunque poter essere bilanciato con tutti gli altri diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione, che si trovano in un rapporto di integrazione reciproca: non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri.

La loro tutela deve essere sempre sistemica, perché se così non fosse, «si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe "tiranno" nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona».

È quanto la Corte costituzionale ha affermato nella sentenza n. 53 del 2013, in relazione al caso Ilva di Taranto, dove il giudice rimettente aveva invece chiesto proprio di far valere in modo

assoluto il diritto alla salute, contestando la legge che consentiva la riapertura dell'impianto, a discapito di tutti gli altri diritti fondamentali, come per esempio il diritto al lavoro di cui all'art. 4 Cost.

10. L'EMBLEMATICO CASO ZOLGENSMA E LA LEGGE DELLA REGIONE SICILIA DICHIARATA COSTITUZIONALMENTE ILLEGITTIMA

Un altro episodio significativo ha poi caratterizzato la giurisprudenza costituzionale che ha chiarito come il riconoscimento del diritto alla salute come incompressibile e la definizione della spesa sanitaria come costituzionalmente necessaria non equivalgono a una sorta di *passer-partout* per qualsiasi spesa sanitaria.

Nello specifico è stato portato all'attenzione della Corte l'articolo 53 della legge della Regione Sicilia n. 9/2021, che autorizzava la spesa di 4,2 milioni di euro per finanziare, a carico della Regione, la terapia genica per la cura dell'atrofia muscolare spinale (Sma) con il farmaco Zolgensma – uno dei più costosi al mondo – per una categoria di pazienti (sei pazienti che erano stati individuati dal direttore dell'Unità operativa complessa di neurologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico di Messina) di peso superiore a quanto fissato dalla delibera dell'Aifa n. 277 del 21 marzo 2021, che ha previsto la rimborsabilità del farmaco Zolgensma esclusivamente per il trattamento di pazienti con peso massimo di 13,5 kg.

La sentenza ha dichiarato illegittima la norma in quanto «prevedendo l'erogazione del farmaco Zolgensma per bambini di peso compreso fra i 13,5 e i 21 kg, non rispettava la determinazione dell'Aifa n. 277 del 21 marzo 2021, che ha stabilito la totale rimborsabilità dello Zolgensma, esclusivamente per il trattamento di pazienti con peso massimo di 13,5 kg».

La sentenza ha quindi concluso che un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non può nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì deve fondarsi sulle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – nazionali o sovranazionali – a ciò deputati.

11. L'ALTRETTANTO SIGNIFICATIVO, E OPPOSTO, CASO DELL'ANALISI GENOMICA AVANZATA (ESOMA) PREVISTA DELLA LEGGE DELLA REGIONE PUGLIA

Altrettanto significativo, tuttavia, è anche il caso del ricorso statale avverso l'art. 1 della legge della Regione Puglia n. 28 del 2021, che, dopo aver istituito il «servizio di analisi genomica avanzata con sequenziamento della regione codificante individuale – Esoma», ha disposto che «[i]l servizio è garantito dal Servizio sanitario regionale in totale esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, come previsto dalla normativa vigente sul sospetto diagnostico per malattia genetica rara, prevista dai livelli essenziali di assistenza (Lea)».

La Corte costituzionale ha salvato la norma regionale, affermando, contro quanto dedotto dalla difesa statale, che il suddetto servizio di analisi genomica avanzata doveva, in fondo, ritenersi incluso nei Lea, altrimenti incredibilmente cristallizzati al livello dei mezzi terapeutici del 2001, ovvero di più di vent'anni fa.

Ha però contemporaneamente riscontrato il gravissimo ritardo, dal punto di vista della tutela della salute, nell'aggiornamento del nomenclatore dei Lea, che già elaborato nel (lontano) 2017, ancora non è entrato in vigore a causa di mancanza di accordo tra lo Stato e le Regioni sul relativo finanziamento.

Ha quindi vivamente sollecitato Stato e Regioni a trovare una intesa per aggiornare il suddetto nomenclatore, ribadendo, in sostanza, il concetto di spesa costituzionalmente necessaria, perché il «tempo trascorso, da cui deriva la sicura obsolescenza delle prestazioni previste, non trova alcuna giustificazione in relazione a un tema essenziale per la garanzia del diritto alla salute in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, senza discriminazione alcuna tra regioni».

Nell'aprile di quest'anno, in osservanza al suddetto monito, la conferenza Stato-Regioni ha trovato l'accordo sull'approvazione del nuovo nomenclatore dei Lea, quindi finalmente colmando il suddetto ritardo.

12. UNA BREVE CONCLUSIONE

L'aver indentificato la nozione di spesa costituzionalmente necessaria ha rappresentato, come è stato anche di recente ribadito, un momento importante nella giurisprudenza costituzionale, perché ha consentito di garantire «il rispetto dei principi di eguaglianza e solidarietà nel bilanciamento con gli altri valori costituzionali»¹⁶.

La giurisprudenza costituzionale, infatti, in linea con tale definizione ha potuto ribadire e sviluppare il principio che è «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n. 275 del 2016), mostrandone anche le concrete implicazioni.

La spesa relativa alla sanità, connotandosi come "costituzionalmente necessaria", riveste quindi all'interno della giurisprudenza costituzionale una considerazione molto particolare nella valutazione della legittimità dei bilanciamenti operati dal legislatore.

Tale definizione, se non conferisce alla spesa per la sanità un carattere di assoluta prevalenza, vale comunque a distinguerla rispetto alle altre che compongono il bilancio pubblico (in specie a quelle che non si ricollegano a diritti costituzionali): della nozione sviluppata dalla Corte il legislatore deve quindi tenere attento e consapevole conto perché la Corte costituzionale l'ha posta a presidio della tutela della salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Holmes S, Sunstein CR. Il costo dei diritti, perché la libertà dipende dalle tasse. Bologna: il Mulino, 2020.
2. Luciani M. Editoriale n. 2. Diritto & Conti 2019; 28 dicembre. Disponibile su: <https://bit.ly/3MWqJwG>
3. Antonini L. I vincoli costituzionali al pareggio di bilancio tra (indebiti) condizionamenti delle dottrine economiche e (possibili) prospettive. In: Antonini L (a cura di). La domanda inevasa. Dialogo tra economisti e giuristi sulle dottrine economiche che condizionano il sistema giuridico europeo. Bologna: Il Mulino, 2016.
4. Rubio O, Estella A, Cabre L, et al. [Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemia: A rapid review & consensus of experts]. Med Intensiva (Engl Ed) 2020; 44: 439-45.
5. Gristina GR, Piccinini M. CoViD-19 pandemic in ICU. Limited resources for many patients: approaches and criteria for triaging. Minerva Anestesiol 2021; 87: 1367-9.
6. Luciani M. Salute, I, Diritto alla salute – Diritto costituzionale, ad vocem. Enciclopedia giuridica XXVII. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani, 1991.
7. Ufficio Parlamentare di Bilancio. La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità. Focus Tematico 2015; n. 9, 21 dicembre, p. 20. <https://bit.ly/3oNxjva>
8. Ufficio Parlamentare di Bilancio. La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità. Focus Tematico 2015; n. 9, 21 dicembre, p. 10, nt. 35. Disponibile su: <https://bit.ly/3oNxjva>
9. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Monitoraggio della spesa sanitaria: rapporto della Ragioneria generale dello Stato, Roma, 2022. Disponibile su: <https://bit.ly/3As4M13>
10. Bergo M. I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio. Rivista Aic 2017; (2). Disponibile su: <https://bit.ly/3mW3jgl>
11. Carlassare L. Diritti di prestazione e vincoli di bilancio. Costituzionalismo.it 2015; 1° dicembre, p. 142. Disponibile su: <https://bit.ly/3Hefqw9>
12. Antonini L. Doveri tributario, interesse fiscale e diritti costituzionali. Milano: Giuffrè, 1996; pp. 352 e ss.
13. Luciani M. Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale. Rivista Aic 2016; (3). Disponibile su: <https://bit.ly/3pjHckl>
14. Rivosecchi G. L'equilibrio di bilancio: dalla riforma costituzionale alla giustiziabilità. Rivista Aic 2016; (3). Disponibile su: <https://bit.ly/40la3w6>
15. Carlassare L. Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore. Giur Cost 2016; (6): 2340.
16. Intervento della Presidente Silvana Sciarra, Solidarietà alla prova. Corte costituzionale, sicurezza sociale e diritti, cerimonia di apertura delle celebrazioni per i 125 anni dalla fondazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale. L'evoluzione del welfare e del lavoro per innovare il Paese. Roma, 3 marzo 2023. Disponibile su: <https://bit.ly/41SANuY>

Etica

Distribuzione delle risorse limitate: criteri etici per l'equità dell'accesso alle cure

Laura Palazzani

1. LA LIMITATEZZA DELLE RISORSE SANITARIE COME FATTO

Nell'ambito di ogni servizio sanitario nazionale le risorse economico-sanitarie sono sempre limitate: è utopistico, irrealistico e ingenuo immaginare che ci siano risorse per ogni bisogno o ogni esigenza di salute. La limitatezza consiste nell'insufficiente disponibilità rispetto a tutti i bisogni reali dei singoli e della collettività: la limitatezza è un dato di fatto di ogni sistema sanitario, e ancora più evidente in un contesto economico di Paesi con reddito basso o medio, ma altrettanto evidente in Paesi con reddito alto in un contesto sanitario ove i farmaci e le tecnologie possono divenire sempre più costose e le esigenze dei cittadini sempre maggiori (a causa dell'incremento delle aspettative di vita degli individui, dell'aumentare delle richieste dei cittadini nei confronti della medicina che scivola tra bisogni e desideri, etc.).

Considerando che la concezione della salute si amplia da assenza di malattia a benessere fisico-psichico e sociale, includendo anche la sostenibilità ambientale (*One health*), le risorse da investire nella salute divengono ancora più onerose per la prevenzione, la ricerca, la cura, il sostegno sociale-economico-culturale, la gestione ambientale, a livello globale e locale.

Molte le domande etiche emergenti rispetto alle scelte a livello di macro-distribuzione (ossia decisioni su quanto investire nella sanità e come distribuire nei diversi settori) e micro-distribuzione (ossia a chi distribuire risorse limitate, non disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno).

2. QUALE ETICA?

Nel contesto della discussione pluralista attuale, diverse sono le possibili risposte etiche alle domande distributive sul piano teorico e pratico.

La linea del libertarismo^{1,2}, partendo da una visione antropologica individualistica, privilegia l'astensione dello Stato minimo da ogni intervento che interferisca con la libertà soggettiva nel libero mercato sanitario. In questo contesto non si riconosce una responsabilità sociale per la riparazione delle disuguaglianze derivanti dalla "lotteria naturale" e dalla "lotteria sociale" ritenute semmai eventi "sfortunati", ma non iniqui o ingiusti. Rimane possibile avere un atteggiamento filantropico, meramente volontario, verso chi è più bisognoso: ma resta fermo il principio di autonomia, per il quale il bisogno degli altri non deve vincolare o condizionare la libertà individuale. La teoria del libertarismo pone al centro della riflessione bioetica la difesa dell'autodeterminazione individuale

e interpreta la giustizia come l'attribuzione a ogni individuo libero di risorse e beni disponibili secondo i meriti, le capacità, il contributo che fornisce alla società. A livello macro-allocativo questa visione predilige le scelte del libero mercato (*maximum market, minimum State*) e a livello micro-allocativo ammette nelle scelte di selezione dei pazienti la possibilità di preferire il giovane rispetto all'anziano, il ricco rispetto al povero, l'individuo che riveste importanti cariche sociali rispetto a chi è ai margini nella società, in quanto la selezione dei pazienti per il trattamento avviene in base alla libera scelta individuale e alla capacità di pagare.

Nell'ambito della teoria utilitarista, nella prospettiva della massimizzazione del piacere e minimizzazione del dolore per il maggior numero di individui (nella versione collettivista), la distribuzione di risorse limitate mira a dare al maggior numero possibile di individui la soddisfazione dei loro interessi o preferenze. Ciò consente di garantire sul piano macro-allocativo la convenienza, l'efficienza e la produttività sociale, ossia il prevalere di benefici sui costi nonché, sul piano micro-allocativo, il privilegio del paziente con migliore prospettiva in termini di recupero, misurato sulla quantità e qualità di vita, giustificando il non trattamento per chi si trova in condizione di scarsa qualità di vita³⁻⁶. Tale strategia è espressa dalla formula "*quality adjusted life years*" (Qaly), ossia numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per il maggior numero di individui. L'assegnazione delle risorse limitate in termini di accesso alle cure è ritenuta giusta quando raggiunge, a parità di spesa, il miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla convenienza, dunque al numero di pazienti che sopravvivono con la prospettiva di anni di vita da vivere, con qualità. Tale scelta, se espressa in termini radicali, porta inevitabilmente all'emarginazione dei soggetti più deboli, considerati "marginali" (anziani, persone con disabilità), aprendo possibili discriminazioni di "ageismo" (*ageism*), ossia la discriminazione in base all'età, e di *disablism*, discriminazione in base alla disabilità.

In contrapposizione alla linea libertaria e utilitarista, vi sono altre teorie che, sulla base di diversi fondamenti e argomenti, condividono, nel contesto della questione della distribuzione di risorse scarse, la centralità dell'uguaglianza tra gli esseri umani nell'accesso alle cure.

La teoria dell'egualitarismo sociale riconosce la priorità del valore dell'uguaglianza, considerando l'intervento dello Stato (o Stato del benessere) rilevante per evitare gli inconvenienti del libero mercato e garantire una giustizia sociale. L'argomento alla base di questa prospettiva è la necessità che la società si faccia carico delle disuguaglianze derivanti dalla "lotteria naturale" e dalla "lotteria sociale", nel continuo sforzo di compensazione delle differenze. Cura e assistenza sanitaria sono considerate bisogni fondamentali che vanno garantiti al cittadino, aumentando la possibilità e l'opportunità di accesso alle cure e all'assistenza per i meno avvantaggiati, considerando tali condizioni "immeritate limitazioni di opportunità" che vanno ristabilite^{7,8}. Sulla stessa linea la teoria del "principalismo", che ammette la possibilità di trovare un consenso, pur nella differenza delle teorie etiche, sul diritto a un "minimo decente di cure" e di assistenza sanitaria come un aspetto della tutela sociale contro minacce esterne dalle quali l'individuo non può proteggersi da solo, considerando la malattia in generale – in questo caso specifico della pandemia – una condizione analoga alla guerra, alla criminalità e alle calamità naturali⁹. L'equa

opportunità prevede che le possibilità di accesso ai benefici sanitari e sociali siano aperte a tutte le persone, a prescindere dagli svantaggi da cui possono essere afflitte.

La teoria comunitaria rivaluta cooperazione e responsabilità del gruppo per l'individuo e dell'individuo per il gruppo, affermando la giustizia come bene comune nella solidarietà. In questa prospettiva nella distribuzione di risorse scarse non si deve tenere conto solo della durata della vita di qualità e l'efficacia tecnologica, ma anche del dovere di "umanizzazione" della cura con una medicina equa e sostenibile che sappia combinare il mercato con le cure necessarie a tutti. Sulla stessa linea, la teoria personalista che pone al centro il riconoscimento della dignità intrinseca dell'essere umano^{10,11}, riconoscendo il dovere diretto della società di salvaguardare il bene comune, come l'insieme delle condizioni che promuovono e difendono la dignità umana: in tal senso le disuguaglianze naturali e sociali sono considerate inique, e alla società spetta il compito di ristabilire, per quanto possibile, un equilibrio sociale, operando attraverso il bene delle singole persone.

Pur nella diversità argomentativa, tali teorie, applicate alla selezione dei pazienti per l'accesso alle cure, riconoscono come unico criterio applicabile quello della valutazione medica oggettiva, caso per caso, della condizione clinica del singolo paziente, dell'urgenza e della gravità della condizione (considerando la condizione della malattia o l'eventuale presenza di altre malattie) e della presumibile efficacia prognostica del trattamento in termini di probabile guarigione, secondo i criteri di proporzionalità. Qualsiasi deviazione dalla logica dell'uguaglianza e dell'equità (come giustizia del caso singolo) introduce elementi arbitrari di discriminazione. I criteri dell'età o della preferenza della vita meno vissuta e aperta al futuro rispetto alla vita più vissuta, della qualità di vita probabile, della disponibilità finanziaria, del ruolo sociale, della disabilità o dipendenza, della capacità o efficienza produttiva, del costo sociale, della responsabilità rispetto alla patologia contratta, della nazionalità, dell'etnia sono criteri inaccettabili in quanto extra-medici ed extra-clinici, che stabiliscono arbitrariamente ed estrinsecamente disuguaglianze tra gli individui umani.

Il punto di partenza è il riconoscimento "di principio" che tutti devono essere curati. Se "di fatto" le circostanze (quali la scarsità di risorse) costringono inevitabilmente a non potere curare tutti, ma a curare alcuni e non altri, il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali (non mediche), ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive (mediche), ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

È evidente che le risorse scarse non possono essere usate male e sprecate, ma devono essere efficaci, ossia usate per salvare vite umane. Ma non bisogna dimenticare che al centro vanno posti i bisogni di ogni persona malata. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane o con disabilità e le persone povere, non devono essere emarginati da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza sociale. Questo non significa trattare "a ogni costo" o attuare pratiche di accanimento clinico, che devono essere sempre doverosamente sospese quando sproporzionate, inefficaci e gravose, così come va rispettata l'autonomia del paziente di rifiuto o rinuncia a trattamenti, con la verifica della consapevolezza e della piena informazione delle conseguenze^{12,13}.

È questa la visione che risulta in linea con i diritti umani fondamentali. Nell'ambito internazionale vanno richiamate: la *Dichiarazione universale dei diritti umani* delle Nazioni Unite (1948), che all'art. 2 riconosce la soggettività giuridica senza distinzione alcuna, all'art. 3 il diritto alla vita e all'art. 25 la tutela della salute come diritto fondamentale; la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* (2000), che riconosce la dignità umana (art. 1), il diritto alla vita (art. 2), all'integrità fisica e psichica (art. 3), vietando ogni discriminazione fondata sull'età e riconoscendo specifici diritti alle persone anziane (art. 25) e alle persone disabili (art. 25), sottolineando all'art. 35 il diritto alla tutela della salute; la *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina*, o Convenzione di Oviedo (1997), in cui è sottolineato l'accesso equo alla salute (art. 3: «Le Parti prendono, tenuto conto dei bisogni della salute e delle risorse disponibili, le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata»). Va citata anche la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'Unesco (2005), art. 2, lett. c), che sottolinea che «va promosso il rispetto per la dignità umana e la protezione dei diritti umani, assicurando il rispetto per la vita degli esseri umani».

Nel nostro ordinamento giuridico, il riferimento fondamentale è l'art. 32 della Costituzione, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, l'art. 2 sui diritti inviolabili dell'uomo e doveri inderogabili di solidarietà e l'art. 3 sull'uguaglianza e pari dignità davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di etnia, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. Anche la legge 833 (1978), istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ribadisce l'universalità delle cure e la cura degli indigenti, oltre alla legge 24 del 2017 che sottolinea il diritto alle cure e alla tutela della salute¹⁴.

3. LINEE ETICHE GENERALI PER LA DISTRIBUZIONE DI RISORSE LIMITATE NEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLE CURE

Non è possibile definire *a priori* criteri generali astratti che possano rispondere a ogni esigenza distributiva; si possono invece, più realisticamente, identificare alcuni principi etici *a priori* che si auspica siano tenuti in considerazione a livello "macro" dai decisori politici a livello internazionale e nazionale e, via via, seguendo tutte le tappe decisionali intermedie (regionali, locali), fino al livello "micro" dagli operatori sanitari nell'ambito di specifiche distinzioni caso per caso (per es., diversa è la scelta in condizioni di emergenza, come in pandemia o medicina di guerra o medicina delle catastrofi, oppure in condizioni di triage nell'ordinaria gestione delle cure e assistenza).

È importante sottolineare tuttavia che se una "straordinarietà" dell'etica della "eccezione" non dovrebbe essere mai giustificata, è altresì vero che i principi etici di uguaglianza, giustizia ed equità valgono sia per quanto attiene alle decisioni macro-allocative in termini di politiche economiche e finanziarie generali elaborate nelle appropriate sedi decisionali, sia per ciò che riguarda le scelte cliniche di micro-allocazione che dalle prime dipendono inevitabilmente.

In sintesi, il presupposto che va riaffermato sul piano etico è che tutti, nessuno escluso, hanno il diritto di essere curati e assistiti al meglio possibile, con le risorse disponibili, secondo un criterio di coerenza tra le scelte allocative dei decisori (livello “macro”) e quelle degli operatori (livello “micro”).

Non è superfluo sottolineare la rilevanza di tale presupposto: l'assenza di tematizzazione di questo principio può costituire un pericoloso precedente nei confronti di singole persone malate, ma anche giustificare modelli sanitari che, fosse solo nei fatti, finiscono per avallare una logica selettiva e discriminante verso le categorie di soggetti più deboli e vulnerabili, che maggiormente avrebbero bisogno di essere curati e assistiti.

La dura lezione della pandemia ha messo così in luce sia l'importanza dei nessi che legano la micro-allocazione alla macro-allocazione, sia l'importanza del sistema sanitario universalista per la concreta salvaguardia dei principi di inclusività e non discriminazione. In questa prospettiva sono di particolare interesse le recenti Linee guida elaborate dal Consiglio dei ministri dell'Unione europea, adottate dal Committee of Ministers¹⁵ che sottolineano l'esigenza di base di accesso equo alla salute per tutti e la necessità di strategie di preparazione, trasparenza, inclusività e non discriminazione.

Considerando che i presupposti etici generali di qualsiasi sistema sanitario in linea con i diritti umani fondamentali sono la doverosità di cura e di assistenza secondo il criterio di appropriatezza o proporzionalità terapeutica, nella misura possibile, evitando da un lato l'accanimento clinico (sproporzione delle cure) e dall'altro l'abbandono terapeutico (garantendo sempre un accompagnamento palliativo), va ricordato che i criteri generali di ogni scelta distributiva dovrebbero sempre prendere in esame:

1. l'esigenza di una giustificazione etica nella distribuzione che parta dai principi generali e sia declinata rispetto al caso specifico: la valutazione della consistenza e coerenza degli argomenti relativi al criterio distributivo, in relazione al contesto di applicazione – la giustificazione deve essere ragionevole e rilevante, basata sulla evidenza migliore disponibile e su parametri chiari e obiettivi;
2. la trasparenza: l'esplicitazione dei criteri e delle ragioni dei criteri che deve essere accessibile pubblicamente – i principi e valori devono essere chiaramente spiegati ai destinatari;
3. la definizione chiara delle responsabilità nella definizione delle priorità: la proibizione di eccezioni arbitrarie per ragioni personali o economiche;
4. la predisposizione di strumenti di informazione: l'informazione deve essere accurata, comprensibile, adeguata alle circostanze agli operatori sanitari (da parte degli amministratori) e ai malati (da parte degli operatori sanitari) sui criteri adottati;
5. il coinvolgimento del dibattito pubblico sulla distribuzione delle risorse e sui criteri: gli operatori sanitari, i rappresentanti dei malati incluse le loro associazioni, i cittadini.

BIBLIOGRAFIA

1. Charlesworth M. L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale. Roma: Donzelli Editore, 1996; p. 92.
2. Engelhardt HT jr. Manuale di bioetica. Milano: Il Saggiatore, 1999; pp. 391 e ss.
3. Singer P. Etica pratica. Napoli: Liguori, 1991.
4. Harris J. QALYfying the value of life. *J Med Ethics* 1987; 13: 117-23.
5. Harris J. The value of life. An introduction to medical ethics. London: Routledge, 1985.
6. Savulescu J, Cameron J, Wilkinson D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br J Anaesth* 2020; 125: 10-5.
7. Daniels N. Health care needs and distributive justice. *Philos Public Aff* 1981; 10: 146-79.
8. Green R. Health care and justice in contract theory perspective. In: Veatch R, Branson R (eds). *Ethics and health policy*. Cambridge: Ballinger, 1976.
9. Childress JF. *Priorities in biomedical ethics*. Philadelphia: Westminster John Knox Press, 1981.
10. Spagnolo AG, Sacchini D, Pessina A, Lenoci M. *Etica e giustizia in sanità. Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*. Milano: Mac Graw Hill, 2004.
11. Zamagni S. Equità, razionamento, diritto alle cure sanitarie. *Medicina e Morale* 2005; (2): 335-73.
12. Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on Covid-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics* 2020; 34: 948-59.
13. Ehni HJ, Wiesing U, Ranisch R. Saving the most lives. A comparison of European triage guidelines in the context of the Covid-19 pandemic. *Bioethics* 2021; 35: 125-34.
14. Comitato Nazionale per la Bioetica. Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "trriage in emergenza pandemica", 8 aprile 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/42065zP>
15. Sciarra S. "Solidarietà alla prova. Corte costituzionale, sicurezza sociale e diritti". Cerimonia di apertura delle celebrazioni per i 125 anni dalla fondazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale: "L'evoluzione del welfare e del lavoro per innovare il Paese". Roma, 3 marzo 2023.

Economia e organizzazione sanitaria

Le sfide del sistema sanitario nazionale

Leonardo Becchetti

1. ASPETTATIVA DI VITA IN ITALIA E NEL MONDO

I progressi scientifici dell'ultimo secolo, combinati con la qualità del nostro sistema sanitario nazionale, considerato tra i migliori al mondo per le opportunità di accesso a cure gratuite, hanno determinato uno straordinario aumento dell'aspettativa di vita nel Paese nella sua storia. Se nel 1860, l'anno dell'unità d'Italia, l'aspettativa di vita era ancora di 28 anni a causa dell'elevata mortalità infantile¹, siamo oggi arrivati a 81,90 per gli uomini e 85,97 per le donne (dati del 2022 che segnalano un anno nuovamente in risalita dopo il calo dovuto alla pandemia), quinti al mondo dopo Hong Kong, Giappone, Svizzera e Singapore a fronte di un'aspettativa media di vita mondiale di 73 anni².

Negli anni a venire si prevede che i progressi delle scienze mediche potranno contribuire a ulteriori significativi aumenti dell'aspettativa di vita nel mondo e nel nostro Paese, anche grazie alle conseguenze di un fenomeno globale quale l'utilizzo sempre più intenso delle tecnologie di rete e allo sviluppo dell'intelligenza artificiale che hanno enormemente aumentato la velocità di circolazione delle conoscenze in campo medico-scientifico e dunque ridotto il tempo necessario per far circolare idee anche embrionali tra gli studiosi e avviare percorsi di ricerca che consentono di scoprire nuovi farmaci e nuove cure.

Dati questi elementi di contesto, le previsioni demografiche dell'Istat stabiliscono che nel 2040 in Italia potrebbero esserci più di 200mila ultracentenari. Questo grande successo pone però per il futuro terribili sfide sul fronte del fabbisogno e della sostenibilità della spesa sanitaria e del contrasto alle diseguaglianze di accesso alle cure. La crescita della popolazione anziana sta generando significativi aumenti della spesa sanitaria che si pone l'obiettivo, al di là del dato grezzo sull'aspettativa di vita, di migliorare l'aspettativa di vita in buona salute o almeno libera da disabilità (dando per scontato che al crescere dell'età l'insorgere di patologie e di situazioni di comorbidità è inevitabile, ma che molte patologie si sono trasformate e si trasformeranno da mortali a croniche e potranno essere sempre più curabili e compatibili con una buona qualità della vita). Per converso, con l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita, cresce lo stock di persone e anni di vita in presenza di patologie, invalidità e disabilità e dunque il bisogno di cura e assistenza e con esso le spese connesse. Poiché la spesa sanitaria pubblica, pur in crescita (è passata dal 7,6% del Pil nel 2000 al 9,6% nel 2020, restando comunque inferiore ai rapporti spesa sanitaria/Pil di Francia e Germania)³, non riesce a soddisfare tutta la domanda in aumento per via dei vincoli di bilancio e della sua sostenibilità, la conseguenza è l'attesa di una forte crescita della spesa "out of pocket", ovvero della spesa sanitaria sostenuta dai privati.

2. SISTEMA SANITARIO E VARIABILI SOCIALI

La pressione sul sistema sanitario nazionale della domanda di cure crescente non è un tema del futuro ma qualcosa che tocchiamo ormai con mano ogni giorno: strutture di pronto soccorso degli ospedali sovraffollati anche a causa del parziale ridimensionamento dei presidi sanitari territoriali, personale sanitario (medici, infermieri, Oss) nel settore pubblico sottodimensionato per carenza di “vocazioni” anche a causa di un differenziale salariale troppo sfavorevole rispetto al privato e alle condizioni offerte in altri Paesi ad alto reddito (che sappiamo incidere significativamente su aspettativa di vita)^b, diseguaglianze sanitarie tra regioni che alimentano il fenomeno delle migrazioni ospedaliere (giornate di degenza fuori regione). Il nostro sistema sanitario nazionale resta validissimo nella gestione delle emergenze (un codice rosso viene gestito in tempi rapidi e riceve tutte le cure necessarie senza costi), ma va in affanno per situazioni poco meno che emergenziali generando lunghissime file di attesa nel settore pubblico. La questione è d'altronde strutturale e tipica quando un bene di prima necessità e importanza (come le cure sanitarie) viene erogato senza costi per il cittadino generando classicamente una forbice positiva tra domanda e offerta che produce automaticamente razionamento delle prestazioni e lunghe file d'attesa. Il problema è diventato più grave durante la pandemia, che ha rallentato le cure nel settore pubblico e allungato le file d'attesa. Una soluzione possibile al problema è rendere più facile l'accesso al sistema di assicurazioni sanitarie private i cui costi restano comunque elevati e le condizioni di accesso alle prestazioni non sempre universali e convenienti.

La conseguenza di queste problematiche è la diseguaglianza di accesso alla sanità per reddito perché chi ha il denaro necessario elimina la coda andando nel privato o servendosi dell'intramoenia (le prestazioni a pagamento svolte nel settore pubblico). I risultati si traducono in differenze di aspettativa di vita geografiche (fino a due anni tra la Campania e il Trentino Alto Adige), su base di reddito e livelli d'istruzione (possono arrivare fino a 5-6 anni). Le differenze regionali di aspettativa di vita corrispondono alla forchetta tra spesa massima e spesa minima sanitaria pro capite, dall'estremo superiore della provincia di Bolzano (2083 euro) a quello inferiore della Campania (2056 euro)⁹. Siamo lontani dal dato eclatante di San Paolo in Brasile dove si stimano fino a 25 anni di differenza di aspettativa di vita tra chi vive in centro e chi vive in periferia nelle favelas¹⁰, ma si tratta comunque di differenze molto significative su cui lavorare. Il futuro che abbiamo davanti pone dunque le condizioni per una correlazione sempre più forte e significativa tra aspettativa di vita e reddito, dove chi avrà risorse economiche sufficienti potrà letteralmente “comprare” anni di vita addizionali sotto forma di cure più tempestive e di migliore qualità che faranno la differenza.

I problemi sanitari sono profondamente correlati a dimensioni e variabili sociali. La progressiva riduzione dei nuclei familiari, l'aumento di persone sole alimentano entrambi i lati del problema demografico nel nostro Paese (il calo delle nascite e l'aumento delle emergenze sanitarie degli anziani).

^b L'impatto positivo del numero di medici per abitante sull'aspettativa di vita ha una lunga tradizione in letteratura ed è stato dimostrato recentemente da Shetty e Shetty⁴ e da Basu et al.⁵ i quali osservano che negli Stati Uniti 10 medici in più per 100.000 abitanti sono associati a un aumento di 51,5 giorni di aspettativa di vita. Oró dimostra come il numero di medici pro capite riduca significativamente la mortalità evitabile nei Paesi Ocse, mentre Hurst e Siciliani⁷ dimostrano che la stessa variabile riduce significativamente le file di attesa. Becchetti et al.⁸ mostrano come la salute percepita abbia significativo potere predittivo sull'insorgere di patologie in campioni di individui con un numero assai minore di visite mediche.

Per trovare e mettere in campo possibili rimedi appare necessario agire in diverse direzioni. In primo luogo un sistema sanitario pubblico potenziato che superi il sottodimensionamento nel settore pubblico e rafforzi il pilastro della medicina di prossimità e di territorio. Il modello delle case di comunità finanziato dal Pnrr, poliambulatori che dovrebbero ricreare una relazione medico-anziano in grado di ridurre gli accessi al pronto soccorso degli ospedali, si muove in questa direzione.

La questione delle diseguaglianze di reddito e territoriali di accesso al sistema sanitario può e deve essere affrontata in vari modi, ma le soluzioni non sono semplici e diventano tanto più efficaci quanto più riescono a non incidere negativamente sulla spesa e la sostenibilità del bilancio pubblico. Definire i livelli essenziali di prestazione (Lep) che devono essere assicurati in ciascun sistema sanitario regionale fissa soltanto un'asticella minima da non oltrepassare verso il basso e che richiede continuamente di essere aggiornata al progresso delle cure mediche e alla disponibilità di nuove opportunità e mezzi di cura. Senza un'opportuna previsione e un accantonamento in bilancio delle risorse finanziarie necessarie per tale adeguamento, i Lep possono funzionare in un periodo di avvio ma perdono progressivamente sempre più significato.

3. MODELLI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Un'altra delle questioni in discussione per cercare di migliorare la qualità del sistema è modificare il modello di erogazioni oggi fondato sull'output (le prestazioni erogate attraverso i Diagnosis related groups – Drg, che definiscono modalità di prestazione ed erogazioni per categorie omogenee di pazienti) a un modello fondato sull'outcome dove si riesce a valutare e valorizzare l'impatto sulla salute piuttosto che la mera erogazione delle prestazioni. I limiti dell'attuale impatto prestazionale sono quelli di una tendenza a eccesso di consumi di farmaci e di esami e una medicina d'iniziativa e non di attesa.

4. DIGITALIZZAZIONE

Un'ulteriore frontiera di potenziale progresso ma anche di nuovi rischi nel rapporto tra medico, paziente e strutture sanitarie è quella della rivoluzione della digitalizzazione e della telemedicina. Il profilo ideale che può costruire una migliore e maggiore efficienza del sistema è quello della costruzione di una relazione fiduciaria inaugurata da un incontro in presenza ma accompagnata da interazioni digitali con il medico e soprattutto con le strutture sanitarie. Su quest'ultimo fronte la digitalizzazione deve essere maggiormente approfondita (lasciando sempre una via parallela per persone anziane senza abilità digitali e senza tutoraggio) per ridurre al massimo lungaggini burocratiche e file d'attesa. Un esempio di come la digitalizzazione può migliorare qualità ed efficienza del sistema è nei sistemi di prenotazione per le prestazioni in grado di evitare le code che riducono le incertezze riguardanti gli slot temporali delle prestazioni, anche se non risolvono di per sé il problema sopra evidenziato delle lunghe code di attesa in caso di condizioni non gravi nel settore pubblico.

Il tema della relazione tra paziente, medico e struttura sanitaria è fondamentale e incide in maniera profonda sul morale e, in ultima analisi, sulla salute psichica e fisica del paziente. L'ingresso in una struttura sanitaria ha sempre effetti negativi sul morale personale e trovare relazioni accoglienti, e non solo una pur efficiente catena di montaggio di prestazioni e cure, è di notevole importanza.

5. RUOLO DELLA RETE SOCIALE

La correlazione tra dimensione sociale e sanitaria suggerisce che le risposte strutturali vanno però trovate anche nelle politiche che favoriscono la longevità attiva. La salute è anche primariamente un bene relazionale. Per fare solo alcuni esempi, mezzi utilissimi come un apparecchio salvavita non hanno nessuna o scarsa efficacia se non abbiamo qualche caro o conoscente che si prende cura di noi ed è pronto a intervenire, e gli studi sulle ondate di calore nelle grandi città rilevano che la mortalità è molto più elevata tra gli anziani soli¹¹. Investire nella longevità attiva significa affrontare e vincere la sfida della ricchezza di senso di vita quando l'età avanza e le limitazioni fisiche aumentano, come ci dimostrano i dati sulla correlazione tra generatività, aspettativa di vita e mortalità per i quali le persone con maggiore ricchezza di senso di vita si aspettano di vivere più a lungo e le loro aspettative sono corrette in quanto registrano tassi di mortalità più bassi negli anni successivi¹². Questa sfida si vince tenendo conto che la qualità della vita degli anziani è infatti sostenuta da domiciliarità, qualità della vita di relazioni, incontro tra le generazioni. Alcune buone pratiche che favoriscono l'incontro tra bambini e anziani nelle case di riposo surrogano l'istituzione della famiglia allargata che assicurava questi tre elementi in passato.

6. IL CONCETTO DI ONE HEALTH

Un concetto oggi sempre più considerato a livello internazionale – *One health*¹³ – sottolinea la profonda interdipendenza della salute con le dimensioni non solo sociali e relazionali ma anche ambientali. Per questo motivo, e in un Paese come l'Italia dove secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ogni giorno circa 200 persone muoiono per le conseguenze della cattiva qualità dell'aria (inquinamento, polveri sottili che aumentano le malattie polmonari e cardiocircolatorie e incidono sull'insorgere dei tumori)¹⁴, investire nella transizione ecologica, per esempio cambiando i nostri modelli di mobilità e di riscaldamento delle abitazioni, non è alternativo ma complementare all'investimento in salute.

One health significa in altri termini che istruzione, reddito, sostenibilità ambientale, civismo e qualità della vita di relazioni sono tutte variabili che concorrono a determinare un impatto positivo su salute e aspettativa di vita riducendo la spesa sanitaria. Nella stessa direzione va la recente modifica dell'art. 41 della Costituzione che specifica che il limite all'attività d'impresa rappresentato dal contrasto con l'utilità sociale si sostanzia e si specifica nelle due nuove dimensioni dell'ambiente e della salute.

La sfida di combattere diseguaglianze di accesso e migliorare la qualità della salute nel nostro Paese è aperta. Affrontarla nel modo migliore non dipende solo dal perfezionamento del sistema sanitario ma anche dell'investimento su una serie di fattori di contorno (istruzione, reddito, contrasto alle diseguaglianze, generatività e ricchezza di senso del vivere, longevità attiva) che sono in grado di aumentare l'efficacia della prevenzione e ridurre la necessità di cure o migliorarne l'efficacia all'insorgere delle patologie.

BIBLIOGRAFIA

1. Vecchi G. In ricchezza e in povertà: il benessere degli italiani dall'Unità a oggi. Bologna: il Mulino, 2011.
2. Dasgupta P. The economics of biodiversity: the Dasgupta review. 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/42dpGNG>
3. Rapporto OASI 2022. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (a cura di CERGAS - Bocconi). Disponibile su: <https://bit.ly/3LXRMqP>
4. Shetty A, Shetty S. The correlation of physician to population ratio and life expectancy in Asian Countries. J Med Sci Clin Research 2014; 2: 699-706.
5. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med 2019; 179: 506-14.
6. Or Z. Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers 2001; (46). Disponibile su: <https://lc.cx/Ab30RD>
7. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive waiting times for elective surgery: in towards high-performing health systems: Policy Studies. OECD, Paris, 2004. Disponibile su: <https://bit.ly/3B5xPI0>
8. Becchetti L, Bachelet M, Riccardini F. Not feeling well... true or exaggerated? Self assessed health as a leading health indicator. Health Econ 2018; 27: 153-70.
9. Bocconi, Cergas. Rapporto OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano. 2018. Disponibile su: <https://bit.ly/3n3v2f3>
10. Oxfam (2022). La pandemia della diseguaglianza. Disponibile su: <https://bit.ly/3TTSyXQ>
11. Naughton MP, Henderson A, Mirabelli MC, et al. Heat-related mortality during a 1999 heat wave in Chicago. Am J Prev Med 2002; 22: 221-7.
12. Becchetti L, Bachelet M, Pisani F. Poor eudaimonic subjective wellbeing as a mortality risk factor. Economia Politica 2019; 36: 245-72.
13. WHO (2017). One health. World Health Organization. Disponibile su: <https://bit.ly/3oMAe7x>
14. European Environmental Agency 2022. Air pollution. Quality of air. Disponibile su: <https://bit.ly/3FVkJad>

Economia e organizzazione sanitaria

Qualità medica e governo delle strutture sanitarie

L'alleanza pubblico-privato-civile

Stefano Zamagni

1. INTRODUZIONE E MOTIVAZIONE

Il governo clinico mira all'eccellenza della qualità medica delle prestazioni, una qualità definita rispetto a quattro principali dimensioni:

1. l'efficacia delle prestazioni misurata dalla relazione tra esiti raggiunti (*outcome*) e *output*;
2. l'appropriatezza dei metodi e degli strumenti impiegati nella pratica clinica;
3. la riduzione del rischio cui il paziente viene esposto ogniqualvolta si sottopone alle cure;
4. la qualità della relazione interpersonale che va a instaurarsi tra medico e paziente.

Mentre sulle prime due dimensioni da tempo si va riflettendo, soprattutto da parte di coloro che si occupano della cosiddetta "evidence-based medicine", è sulle altre due dimensioni che scarsa è l'attenzione. La questione del rischio nell'assistenza medica comporta che non si accetta più, come qualcosa di inevitabile, l'esito sfavorevole di un trattamento medico, ma come qualcosa di imputabile, quanto meno indirettamente, alla responsabilità del medico curante. In termini economici, questo significa che il paziente oggi tende a non considerarsi più un *last-risk bearer*, il soggetto cioè sulle cui spalle va a ricadere il rischio residuo che ancora permane dopo che tutte le regole protocollari sono state scrupolosamente rispettate¹.

A ben considerare, è proprio questo fenomeno del *last-risk bearing* a spiegare il numero crescente di denunce per *malpractice* medica; l'aumento, ignoto nelle epoche precedenti, delle pratiche di medicina difensiva (*defensive medicine*); l'innalzamento dei costi dovuti sia alle spese legali sia alle spese per le polizze assicurative dei medici e degli ospedali. Donde il seguente paradosso, a dir poco sconcertante: il miglioramento della qualità delle prestazioni mediche dovuto all'aumento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle stesse si accompagna a un aumento delle probabilità che il medico possa venire legalmente perseguito. Si veda, a questo riguardo, la sentenza 4400/2004 della Cassazione (III sez. civ.) che ha introdotto il principio per cui il paziente ha diritto a essere risarcito per la perdita di opportunità dovute a errore medico. (Si badi che tali opportunità sono considerate come un bene giuridicamente tutelabile in aggiunta al bene salute tutelato dalla corretta applicazione della cura). Non v'è chi non veda il pericolo che si profila all'orizzonte: il medico potrebbe venire a trovarsi nella quanto mai imbarazzante situazione di dover scegliere tra l'applicazione pedissequa di un protocollo, magari obsoleto, che tuttavia vale a minimizzare il rischio di essere perseguito per *malpractice*, e l'adozione di una diversa linea di intervento che egli giudica, in coscienza, meglio rispondente alla situazione concreta del paziente e che però accresce sensibilmente il rischio di azioni legali nei suoi

confronti. Ma v'è di più. La prassi, in rapida diffusione, di rivolgersi al giudice tutte le volte in cui si hanno recriminazioni nei confronti del medico, sta svuotando il senso della deontologia, la quale per sua natura è preposta alla regolazione del rapporto asimmetrico tra medico e paziente. Il diritto, invece, è attrezzato per trattare rapporti di simmetria, di pariteticità tra le parti. ("La legge è uguale per tutti"). La tendenza a concepire un rapporto asimmetrico in termini giuridici come rapporto simmetrico è gravida di conseguenze perverse, la più seria delle quali è la "giuridificazione" della professione medica.

Relativamente alla dimensione della relazionalità, la questione a essa sottesa è quella della qualità del rapporto tra medico e malato. In particolare, come passare dal paternalismo, da tutti aversato, al principio di autonomia del paziente per il quale questi ha ragione di reclamare il diritto di esprimersi sulle questioni riguardanti il suo stato di salute? Il dibattito, oggi acceso più che mai, concerne l'interpretazione positiva da dare al principio di autonomia, dal momento che, se estremizzata, l'autonomia conduce a risultati certamente perversi. Invero, un'autonomia concepita come smodata rivendicazione della facoltà di trattare il medico come un mero venditore o fornitore di tecniche diagnostico-terapeutiche, non consente affatto che si possa attuare la cosiddetta "amicizia medica".

In buona sostanza, il problema da affrontare è quello di come trovare una via pervia tra la Scilla del modello paternalistico ("il medico solo sa cosa è bene per il paziente") e la Cariddi del modello contrattualistico che, in nome del principio di autonomia del malato, rende il medico un esecutore-specialista che mette sul mercato le sue competenze. Se il primo modello rinuncia, del tutto irrazionalmente, a tenere conto delle informazioni che al medico possono derivare dal paziente – ciò è soprattutto grave quando si ha a che fare con i portatori di patologie croniche, casi nei quali il paziente può risultare in un certo senso più esperto del medico – il secondo modello rischia di incrinare il rapporto fiduciario che sempre deve esistere tra medico e paziente e ciò a causa del rapporto contrattuale fra paziente e medico che quel modello postula. Solamente all'interno di una prospettiva di discorso relazionale, che concettualizza il rapporto tra chi è dipendente e chi si prende cura come rapporto di reciprocità, è possibile individuare la via pervia di cui ho detto or ora. Tale rapporto, infatti, va letto nella logica della simmetria dei bisogni, dato che oltre al bisogno di essere sostenuti v'è anche il bisogno di sostenere².

2. DEL SUPERAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE TAYLORISTICA DELL'OSPEDALE

Da quanto precede traggio una conclusione di grande momento. Nelle condizioni storiche attuali non è concepibile che il medico venga tenuto ai margini della gestione delle risorse allocate alla struttura sanitaria in cui opera. Il vecchio adagio: "il medico faccia il medico, il manager amministri" oggi è vuoto di senso, e ciò per l'evidente ragione che il processo decisionale in ambito clinico vede le dimensioni clinica e gestionale talmente intrecciate fra loro che non è più possibile pensare a un modello organizzativo che le dicotomizzi. Ebbene, è precisamente a questo punto che il vincolo di economicità entra nelle scelte di *clinical governance*. Nel concreto, questo significa passare dalla qualità medica alla qualità totale; vale a dire si tratta di aggiungere alle quattro dimensioni di cui sopra si è detto quella della economicità della gestione ospedaliera (dalla gestione dei flussi finanziari a quella dei rapporti esterni e interni alla struttura).

Il viceversa accade con il responsabile ultimo dell'amministrazione. Per il direttore generale, l'economicità in senso ampio della gestione costituisce l'obiettivo che lui deve raggiungere, mentre le quattro dimensioni rappresentano piuttosto altrettanti vincoli. Come a dire che la funzione obiettivo del medico è il vincolo del problema decisionale del direttore generale; d'altro canto, l'obiettivo di quest'ultimo è il vincolo del problema decisionale del medico. Un'azienda ospedaliera che non tenesse in seria considerazione l'obiettivo del manager non risulterebbe sostenibile, non potrebbe cioè durare nel tempo; al tempo stesso, però, se non accogliesse la funzione obiettivo del medico non avrebbe ragione di esistere, sarebbe cioè un vero e proprio spreco sociale.

In quale modo nella realtà si è finora cercato di risolvere questo conflitto tra direttore generale e medico? Mediante l'elaborazione di più o meno sofisticati schemi di incentivo e mediante l'impiego di ben definiti processi negoziali. Questa strategia ha indubbiamente prodotto risultati di rilievo, dando luogo, almeno in alcune regioni italiane, a interessanti modelli organizzativi. Tuttavia, sono dell'idea che si sia ormai entrati nella regione dei rendimenti fortemente decrescenti: non è realistico pensare che si possano conseguire miglioramenti significativi sul fronte della qualità totale – vale a dire, qualità medica più economicità – restando all'interno di quella strategia. La ragione è presto detta. Come indica Sterpi³, il fatto è che mentre il medico è un *double agent*, il direttore generale è un *single agent*. Vedo di chiarire. *Double agent* significa che il medico vive due rapporti di agenzia: il primo, nei confronti del paziente, al quale deve assicurare la qualità medica; il secondo, nei confronti del direttore generale, il cui obiettivo ultimo è – come si è detto – l'economicità della gestione. Il medico deve dunque agire nell'interesse e per conto di due principali, le cui funzioni obiettivo non sono affatto tra loro congruenti. Nell'esercizio della sua attività, il medico deve infatti tener conto anche degli effetti economico-finanziari che le sue decisioni cliniche andranno a produrre.

Non così, invece, il direttore generale il cui unico principale è l'autorità politico-amministrativa che lo ha scelto, cioè la Regione. Quest'ultima, in verità, è un principale di seconda istanza dal momento che suo compito specifico è quello di attuare le politiche sanitarie pattuite, al momento della competizione elettorale, con i cittadini dai quali ha ottenuto la legittimazione a governare. I cittadini dunque sono il principale di prima istanza, ma sono di fatto impediti dall'esercitare il potere di controllo che loro spetterebbe per via di un fondamentale conflitto intrapersonale: per un verso, in quanto contribuenti, hanno interesse a pagare le tasse nella misura più bassa possibile; per l'altro verso, in quanto pazienti potenziali, i medesimi cittadini hanno interesse a disporre di sempre maggiori e migliori servizi e prestazioni sanitarie. È a causa di questa peculiare forma di conflitto, più ancora che per le pur rilevanti asimmetrie informative, che la Regione finisce con l'esercitare i poteri di governo e di controllo tipici di un principale di prima istanza. In definitiva, il direttore generale è agente della Regione-principale alla quale risponde, e al tempo stesso è principale del medico, al quale chiede di dar conto del proprio operato rispetto agli obiettivi fissati nel piano di produzione dell'azienda ospedaliera.

Siamo ora in grado di comprendere la natura dell'asimmetria di poteri cui alludevo all'inizio: il direttore generale ha potere sul medico, ma il viceversa non è vero. Ebbene, come tutti i teorici

dell'organizzazione ci informano – da H. Simon a H. Mintzberg⁴ – un tale assetto organizzativo non può funzionare bene e a lungo. Invero, se all'attribuzione di responsabilità a un soggetto non fa riscontro un corrispondente potere di concorrere alla definizione del processo decisionale, non ci sarà alcun contratto incentivante capace di guadagnare alla struttura la fiducia di quel soggetto, scongiurando così i rischi del *free riding* e dello *shirking*. Non è concepibile che il medico possa dare il meglio di sé quando è tenuto ad assecondare le richieste, fra loro inconciliabili, di due diversi principali senza essere posto nella condizione di codefinire né gli obiettivi specifici da raggiungere né le modalità operative di intervento. Si pensi, per fare un solo esempio, alla questione dell'efficacia delle prestazioni; non si arriverà a definire misure adeguate e "oggettive" dell'efficacia fin tanto che permarrà l'asimmetria di cui stiamo parlando. Dove conduce questo ragionamento? Molto semplicemente, all'adozione del modello *multistakeholder* di governo, in sostituzione di quello *singlestakeholder* ovvero del modello monocratico, come nel nostro Paese si preferisce chiamarlo.

3. DELL'ALLEANZA TRA PUBBLICO, PRIVATO E CIVILE IN SANITÀ

Considerato che la spesa sanitaria è destinata ad aumentare nel corso del tempo per ragioni strutturali, che prescindono cioè dalle varie forme di spreco e di *mala gestio* e preso atto che questo aumento è di un tale ordine di grandezza da rendere di fatto impraticabile qualsiasi tentativo di porvi rimedio con gli usuali strumenti della fiscalità generale, che fare? Due, basicamente, i modi di risposta possibili. Quello tradizionale si appoggia sul seguente schema concettuale: si parte dal vincolo delle risorse disponibili e si cerca di massimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie compatibilmente con il vincolo medesimo. In buona sostanza, si tratta di intervenire sui livelli di efficienza (allocativa e tecnologica) allo scopo di migliorare la produttività del lavoro di tutti coloro che prendono parte al processo sanitario. È in ciò il senso ultimo dell'aziendalizzazione in sanità e delle varie pratiche (esplicite e, più spesso, implicite) di razionamento delle prestazioni. Non si può certo negare che risultati positivi siano stati raggiunti su tale fronte. Se di ciò dobbiamo andare orgogliosi, si deve al tempo stesso ammettere che non sarebbe onesto far credere ai cittadini e ai *policy makers* che è possibile affrontare, in futuro, il problema dell'aumento strutturale della spesa sanitaria continuando unicamente sulla via delle razionalizzazioni, dell'aziendalizzazione e degli strumenti a essi connessi (Drg; schemi di incentivo; managed competition; raffinamenti dei sistemi di finanziamento; razionamento per Qaly; ecc.)⁵.

Ecco perché ritengo preferibile l'altro modo di risposta: quello di considerare l'insieme delle attività connesse alla cura della salute come un vero e proprio "distretto sanitario", in analogia al concetto di "distretto industriale". È come pensare a una lunga catena, nella quale l'ospedale occupa l'anello centrale. A monte dell'ospedale si collocano tutte quelle imprese o organizzazioni produttive che si occupano di biomedicale; farmaceutico; telemedicina; farmacogenomica (che è oggi il settore trainante del biotech e che aspira a utilizzare le informazioni genomiche su come la variabilità genetica individuale contribuisce alla variabilità nell'azione dei farmaci in individui diversi). A valle dell'ospedale vi sono i consumatori dei servizi sanitari, o meglio le reti di famiglie,

dalle quali dipendono forme di protezione e di promozione della salute non meno importanti dei presidi sanitari. Ne deriva che strategie di “Community building” dei consumatori di servizi sanitari servono a realizzare quell’alleanza tra Terzo settore e operatori sanitari dalla quale possono derivare risorse, monetarie e non, tutt’altro che marginali. In buona sostanza, l’idea è quella di far affluire alla sanità risorse aggiuntive rispetto a quelle provenienti dalla fiscalità generale. Per dirla con uno slogan, si tratta di passare dalla *managed competition* alla *managed cooperation* (la Norvegia è stata il primo Paese a muovere passi decisi in questa direzione con una legge del 1995).

Quali presupposti devono essere soddisfatti per rendere pervio un simile passaggio? Mi soffermo su uno soltanto di questi, per ovvie ragioni di spazio. È il presupposto che chiama in causa i rapporti tra università e centri di ricerca, da un lato, e le tante imprese che si collocano a monte dei presidi sanitari, dall’altro. Come è noto, nella letteratura economico-manageriale, i rapporti in questione continuano a essere rappresentati nei termini di una mera attività di trasferimento tecnologico: l’università fa ricerca di base e trasferisce poi i risultati conseguiti agli utilizzatori industriali che se ne servono per realizzare i propri piani di produzione. Da qualche tempo, questo modello di rapporti ha cessato di essere applicato perché non è più in grado di generare i frutti desiderati. Non è difficile darsene conto. Si parla, oggi, di “cooperazione tecnologica”: università e imprese cercano di sviluppare accordi di cooperazione per dare vita, insieme, a progetti innovativi, scambiando informazioni e competenze e, soprattutto, mettendo in comune le risorse necessarie. Quale la novità di maggior peso che è alla base del nuovo modello? Quella di superare l’approccio diadico (singola università - singola impresa) che ha finora dominato il sistema delle relazioni tra università e industria. Tale approccio ha sempre penalizzato Paesi come il nostro che, notoriamente, difettano di imprese di grandi dimensioni. Piuttosto, si tratta di coinvolgere, sulla base di ben studiati assetti organizzativi, l’insieme delle istituzioni pubbliche e delle imprese private nella realizzazione di progetti tecnologici innovativi.

Nessuno può nascondersi le difficoltà insite nella realizzazione pratica di questo secondo modo di risposta. Si tratta, essenzialmente, di difficoltà di ordine politico, concernenti cioè la distribuzione del potere. È questo che, come è immaginabile, fa problema; non già le difficoltà tecniche e tanto meno quelle culturali. Ma non vi sono alternative all’orizzonte. Se si ha a cuore l’universalismo in sanità, se si vuole evitare di imboccare la via del razionamento delle cure, se si vuole che il sistema si mantenga sostenibile, se si desidera che gli aumenti dei livelli qualitativi delle prestazioni non avvengano a scapito dell’equità delle cure, non vi è altra strada da percorrere⁶.

4. VERSO LA PIENA ATTUAZIONE DEL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ CIRCOLARE

L’argomento sviluppato in questa nota ha un fine ultimo, quello di mostrare che il governo di un sistema complesso come è il sistema sanitario non può essere messo in opera restando all’interno della tradizionale contrapposizione tra una visione statalista e una liberista dell’ordine

politico-economico. Secondo tale concezione, controllo statale e meccanismo di mercato vengono visti come alternative antitetiche per il disegno di un sistema sanitario. Eppure, è cosa ormai nota che né l'istituzione Stato né l'istituzione mercato sono in grado, da sole, di risolvere conflitti fondamentali e, in particolare, di sciogliere in modo accettabile quelle "scelte tragiche" che si presentano in sanità in modo sistematico e non occasionale.

Rispetto a tale concettualizzazione dicotomica – invero, alquanto obsoleta – giudico più promettente la via di un rapporto cooperativo tra settore pubblico e settore privato secondo cui lo Stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare le sacche di inefficienza endemicamente presenti in sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi, sempre in agguato, del privatismo sanitario. Al tempo stesso, al settore privato, che deve articolarsi nelle forme diverse ma complementari dell'economia privata e dell'economia civile, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive rispetto a quelle raccolte con la fiscalità generale per rendere sostenibile un welfare sanitario di tipo universalistico, e di contrastare le tentazioni ricorrenti di dirigismo economico e politico mostrando, con i fatti, come si possa arrivare a esiti socialmente ottimali in sanità.

BIBLIOGRAFIA

1. Heyes A. The economics of vocation. *J Health Econ* 2005; 24: 561-9.
2. Zamagni S. Sui presupposti economici e politico-filosofici di un nuovo universalismo sanitario. In: Donati P. *Lo stato sociale in Italia*. Milano: Mondadori, 1999.
3. Sterpi S. Governo clinico e vincoli di economicità. *Politiche Sanitarie* 2005; 6: 175-87.
4. Mintzberg H, Simon H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: il Mulino, 1996.
5. Broome J. Qalys. *J Public Econ* 1993; 50: 149-67.
6. Carra L, Vineis P. *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle diseguaglianze sociali*. Torino: Codice Edizioni, 2022.

Economia e organizzazione sanitaria

Le criticità della sanità italiana e il necessario cambiamento di paradigma

Carla Collicelli

1. INTRODUZIONE

L'istituzione di un Servizio sanitario nazionale (Ssn) (pubblico e universale) nel 1978 costituisce uno dei momenti più importanti nella definizione degli assetti e delle politiche della Repubblica italiana, cui va ascritto il merito dei risultati raggiunti dal Paese in termini di prolungamento della vita e di lotta alle malattie. Purtroppo è già a partire dalla fine degli anni Ottanta che diverse voci critiche hanno richiamato l'attenzione su alcune questioni e incongruenze del sistema riassumibili nei seguenti aspetti:

- la difficoltà nel rispondere alla diffusione esponenziale delle patologie croniche;
- i carichi crescenti delle famiglie per la cura dei disabili, dei malati cronici, degli anziani non autosufficienti;
- la difficoltà a sostenere le spese di produzione dei servizi, per il costo crescente delle tecnologie e dei farmaci e per la crescita continua della domanda di prestazioni;
- la difficoltà a raggiungere un equilibrio all'interno del sistema ambientale e societario che eviti il dramma della società "a somma zero", nella quale da un lato si produce malattia e dall'altro si curano le patologie derivanti dalle cattive politiche;
- il persistere, e in molti casi l'aggravarsi, di tante forme di disagio psicofisico, legate in particolare a condizioni di lavoro e di vita negative, cui si collegano anche l'abuso di sostanze psicotrope e la diffusione delle forme di ansia e della depressione;
- la mancata realizzazione di un vero universalismo e i grandi squilibri territoriali tra aree diverse in termini di offerta sanitaria;
- i ritardi accumulati nel tentativo più volte dichiarato di spostare le risorse impegnate dalla medicina in regime di ricovero a quella del territorio e dell'assistenza domiciliare.

Con il Trattato di Maastricht del 1993 gli obiettivi di salute sono diventati parte integrante delle politiche sociali europee, il che ha prodotto un particolare interesse per i temi della prevenzione, dell'informazione e dell'educazione sanitaria. Ed è a partire dal 2000 che le strategie di sanità pubblica e di prevenzione sanitaria hanno subito un ulteriore rafforzamento in ambito internazionale, specie a seguito delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), della Commissione europea, del Consiglio e del Parlamento europei, che hanno sollecitato l'adozione di iniziative, azioni e misure ispirate a principi di *evidence-based prevention*, di integrazione socio-sanitaria, di salute in tutte le politiche. Ma un particolare impatto in termini di riflessione sulle criticità e di individuazione di forme più evolute e adeguate alla realtà sociale si è determinato con lo scoppio della pandemia da Covid nel 2020,

che ha riproposto con maggiore incisività sfide vecchie e nuove: quella del “doppio carico di malattia” (*double burden of disease*), e cioè la crescita delle patologie croniche accanto a quelle acute; quella aggiuntiva della recrudescenza delle patologie da virus – di cui SARS-CoV-2 è l’esempio più drammatico; quella delle carenze rispetto alla tutela dei soggetti fragili (anziani, cronici, disabili); quella delle disuguaglianze e delle lacune territoriali; quella della mancata integrazione socio-sanitaria.

La pandemia ci ha costretto in altre parole a riflettere in maniera più approfondita di prima sulle sfide della sanità italiana, e sulla necessità di rivedere gli assetti dell’organizzazione sanitaria, in particolare per quanto riguarda la medicina del territorio. Come hanno scritto i medici dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo il 21 marzo 2020¹, in epoca di pandemia si è rivelata cruciale la funzione della medicina di comunità, in quanto accanto alle patologie croniche e alle disabilità, le epidemie provocano vere crisi umanitarie, e richiedono un approccio di popolazione e di territorio.

2. LA QUALITÀ DELLA SANITÀ ITALIANA E LE CRITICITÀ

Tutte le analisi di tipo valutativo sulle performance della sanità italiana² concordano negli ultimi anni nel certificare l’alto livello qualitativo del nostro Ssn, e quelle più recenti hanno confermato la notevole capacità di risposta mostrata rispetto all’emergenza pandemica, in particolare per l’adesione della popolazione alle disposizioni e alla campagna vaccinale, e per l’impegno e la dedizione del personale sanitario, specie ospedaliero.

Nonostante l’impatto negativo della pandemia, molti indicatori confermano il buon livello qualitativo della sanità italiana rispetto al panorama internazionale, per durata della vita e condizione degli anziani con malattie croniche, e per gli investimenti realizzati sulla prevenzione, solo in parte oscurati dai dati storici negativi relativi al debole finanziamento pubblico – sotto la media europea – al peso significativo e crescente della spesa privata *out of pocket* a carico dei cittadini, e al non completo rispetto degli obiettivi di equità e universalismo.

Rispetto al buon livello qualitativo, basti dire che uno degli indicatori più importanti, quello dell’età media della popolazione, ci vede in posizione di punta, con i nostri 48 anni rispetto ai 44,4 dell’Europa a 27. La speranza di vita alla nascita, che era di 81,8 anni nel 2010, toccava gli 83,2 anni nel 2019 e, dopo la flessione del 2020, si attestava nel 2021 su 82,4 anni. L’indicatore di misurazione della salute percepita dagli anziani portatori di patologie croniche mostra invece un miglioramento lento e costante dal 2009 in poi, e un analogo miglioramento si segnala rispetto alla spesa sostenuta per l’indennità di accompagnamento, che solo tra 2011 e 2020 registra un aumento pari all’11,9%.

Per quanto riguarda i dati negativi, il dato più eclatante attiene alla spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo (Pil), sulla quale l’Ocse ci conferma, con il suo Rapporto 2021³, un posizionamento dell’Italia nel 2020 medio-basso, con un valore complessivo del 9,7%, inferiore

di 2 punti percentuali rispetto ai Paesi dell'Unione europea (UE) ante-1995 e superiore di 2,1 punti percentuali rispetto ai Paesi UE post-1995. Nella schiera dei Paesi europei storicamente associati all'Unione, solo Grecia, Lussemburgo e Irlanda registrano un'incidenza della spesa sanitaria nazionale rispetto al Pil inferiore a quella dell'Italia. La stessa fonte conferma anche il peso relativamente alto della spesa sanitaria privata in Italia. Nonostante l'esistenza di un Ssn pubblico e universalistico, la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria in Italia è pari al 76,3% del totale, ed è tra le più basse d'Europa, la cui media è dell'80,8%, 81,7% per i Paesi ante-1995 e 74,4% per quelli post-1995. Il gap consiste quindi in 5,4 punti percentuali rispetto ai Paesi ante-1995 e in 1,8 punti percentuali rispetto ai Paesi post-1995, e riguarda la cosiddetta spesa di tasca propria (*out of pocket*) che i cittadini erogano prevalentemente a causa dei tempi di attesa nell'ambito del servizio pubblico, e solo in minima parte per motivi di confort (specie per coloro che possono godere di una assicurazione privata integrativa)^{4,5}.

La debolezza del finanziamento pubblico della sanità italiana rispetto ai Paesi limitrofi si riflette nei comparti più importanti di impegno sanitario pubblico. Per quanto riguarda il settore ospedaliero, il tasso di ospedalizzazione in regime di acuzie era nel 2019 il più basso d'Europa, pari a 100,8 ricoveri per mille abitanti, con una riduzione registrata tra 2010 e 2019 del 18,9%, pari a 23,6 ricoveri per mille abitanti. Lo scarto tra Italia e Paesi dell'Europa continentale è molto accentuato: Svezia, Irlanda e Lussemburgo hanno tassi di circa il 30% superiori a quello italiano, e Germania, Austria e Lituania di più del doppio superiori. Per esempio la Germania registra un tasso del 234,6 ricoveri per mille abitanti.

Altrettanto critica è la situazione ospedaliera per quanto riguarda il rapporto tra posti letto dedicati alla *long term care* (Ltc, la cura a lungo termine per le patologie croniche) e anziani residenti. Nel 2019 l'Italia registrava meno di 2 posti letto ogni 100 anziani residenti, collocandosi in Europa al di sopra solo di Polonia e Lettonia, e fortemente distanziata da tutti gli altri Paesi, comprese la Lituania e la Spagna.

Particolarmente gravi si presentano le differenze territoriali e sociali nei risultati e nei servizi. Per esempio, per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita, al valore medio di 82,4 anni del 2021 corrispondono valori di 82,9 nel Nord, 82,4 nel Centro e 81,3 nel Sud. Altrettanto differenziata risulta la spesa sanitaria pubblica pro-capite rispetto alla popolazione, pari a una media annua nazionale nel 2020 di euro 2.070, e che si differenzia notevolmente a livello regionale con punte massime in PA di Bolzano, PA di Trento, Valle d'Aosta e Liguria. La distanza tra il valore minimo e quello massimo di spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2020 risulta, sulla base dei dati della Ragioneria Generale dello Stato, del 34,8%, pari a euro 681,3. Escludendo le regioni a statuto speciale, la differenza tra minimo e massimo è pari al 14,7% (euro 287,5).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, le regioni che nel 2020 offrono una maggiore copertura sono l'Abruzzo, con il 4,4% degli over 65 e il 7% degli over 75, la Sicilia, il Veneto, la Basilicata e l'Emilia-Romagna. Le coperture più basse si registrano in Valle d'Aosta, Calabria, Puglia, Lazio e Bolzano. E lo scarto è davvero molto accentuato⁶.

Analoghe differenze vengono registrate sul versante dell'accesso alle cure, alla prevenzione e alla spesa farmaceutica pro-capite. Una importante pubblicazione a cura dell'Istituto nazionale della medicina della povertà (Inmp) descrive in maniera dettagliata l'insieme delle disuguaglianze, sia quelle storiche sia quelle indotte dall'epidemia rispetto alla salute e alla sanità in termini di liste di attesa, disturbi psichici, equità di accesso e di percorso, problematiche relative alla componente straniera della popolazione e a quella economicamente più svantaggiata⁷.

Molti altri dati sarebbe possibile citare a documentazione delle differenze di performance e qualità dei servizi sanitari nelle regioni italiane. Una valutazione sintetica delle differenze regionali è rilevabile dal calcolo dell'Indice sintetico di performance sanitaria regionale prodotto ogni anno da Crea-Sanità⁸. Rispetto al complesso delle dimensioni analizzate dallo studio (equità, esiti, appropriatezza, innovazione, dimensione economico-finanziaria), nella edizione 2021 Crea-Sanità registra una oscillazione dell'indice tra il 61% del valore massimo (relativo alla PA di Bolzano) e il 21% (relativo alla regione Calabria).

Volendo riportare una indicazione di sintesi rispetto al posizionamento dell'Italia in sanità a livello europeo, risulta particolarmente utile l'indice sintetico calcolato dall'ASviS per l'anno 2019 rispetto all'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile, che colloca il nostro Paese in posizione leggermente al di sopra della media dei Paesi dell'UE (figura 1)⁹.

OBBIETTIVO 3 - SALUTE E BENESSERE

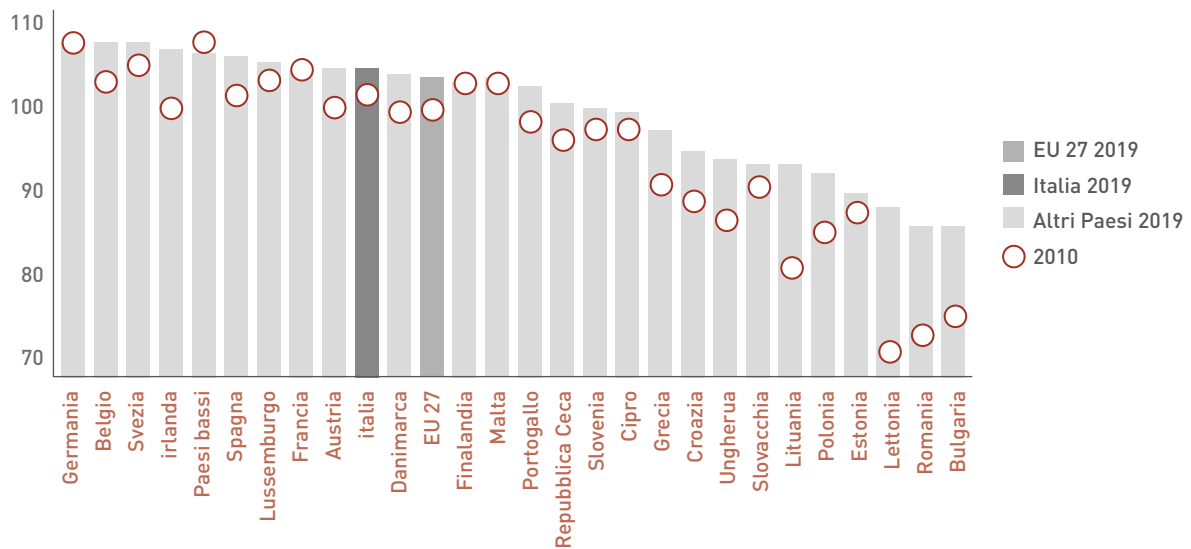


Figura 1 Performance sanitarie a confronto in Europa secondo ASviS al 2019.

Fonte: ASviS

n.b. Indicatori utilizzati per la costruzione dell'indice composito: morti per incidente stradale, speranza di vita, mortalità infantile, prevalenza di fumatori, vaccinazioni anti influenzali, bisogni sanitari non soddisfatti, posti letto ospedalieri.

3. L'IMPATTO DELLA PANDEMIA

La pandemia da SARS-CoV-2, con il suo lungo decorso e lo stato di emergenza che ha determinato, ha dato vita a un aumento del finanziamento pubblico e delle borse di specializzazione per medici, secondo molti non del tutto sufficiente. Ma al contempo si sono verificati:

- il forte aumento della mortalità, inferiore solo a quella registrata nel secolo scorso nel primo anno della prima guerra mondiale e nel corso della pandemia da "spagnola" del 1918;
- un arretramento della speranza di vita alla nascita, che passa dagli 83,2 anni medi del 2019 agli 82,3 del 2020, per poi ricominciare a salire nel 2021;
- la riduzione dei posti letto in degenza ordinaria per acuti rispetto alla popolazione, nell'ordine del 13,5%;
- il peggioramento degli stili di vita, in particolare per il consumo eccedentario di alcol, che sale dal 15,8% al 16,8%, e il fumo di tabacco, che sale dal 18,7% al 18,9%, ambedue dopo un lungo periodo di trend discendente, e per l'obesità (+ 1% rispetto all'anno precedente), che ha portato l'incidenza dell'eccesso di peso nella popolazione italiana al valore del 45,9%, dopo alcuni anni di sostanziale stabilità;
- le conseguenze subite a livello di altre patologie, con il forte aumento di quelle psichiatriche e del disagio psicologico, specie tra gli adolescenti, e il peggioramento dal punto di vista della prevenzione e della tempestività e appropriatezza delle cure per molte patologie importanti, a seguito dell'intasamento delle strutture ospedaliere e del blocco delle prestazioni ordinarie richieste da pazienti non Covid.

Se si guarda al lavoro di sintesi statistica realizzato dall'ASviS a livello nazionale (che fa da pendant a quello europeo del paragrafo precedente), si può verificare come, dopo un andamento complessivo relativamente all'Obiettivo 3 dell'Agenda dell'Onu (Salute e benessere) al 2019 in costante miglioramento, anche se in forma molto rallentata rispetto a quanto necessario (figura 2)⁹, con il 2020 la curva dell'indice nazionale mostra un'evidente flessione verso il basso, causata da alcuni andamenti negativi che si registrano in quell'anno per gli indicatori considerati dallo studio.

OBBIETTIVO 3 – ASSICURARE LA SALUTE E IL BENESSERE PER TUTTI E PER TUTTE LE ETÀ

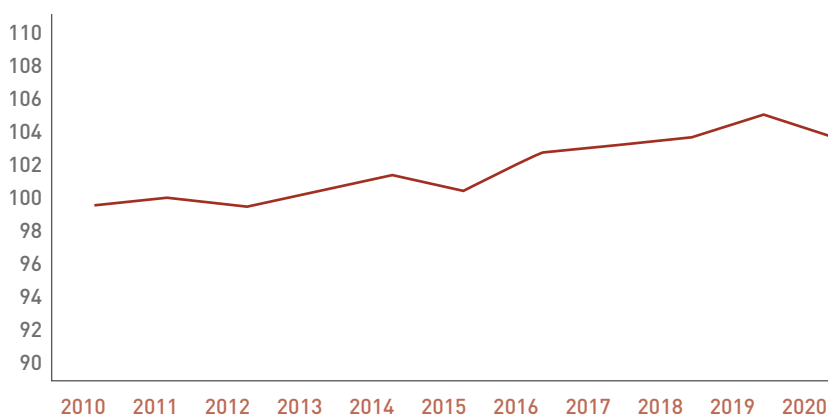


Figura 2 Performance dell'Italia rispetto all'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu al 2020 (Salute e benessere per tutti e tutte le età) 2010-2020.

Fonte: ASviS⁹

n.b. Indicatori utilizzati per la costruzione dell'indice composito: morti per incidente stradale, speranza di vita, mortalità infantile, prevalenza di fumatori, vaccinazioni anti influenzali, bisogni sanitari non soddisfatti, posti letto ospedalieri.

La pandemia ha messo in sostanza a nudo le lacune e le inadempienze del Ssn italiano segnalate anche in precedenza, in particolare per quanto riguarda i posti-letto per abitante, rivelatisi insufficienti, la copertura degli organici, specie infermieristici, la medicina e sanità territoriali ed extra-ospedaliera, l'integrazione socio-sanitaria, la diffusione della telemedicina, le differenze di performance tra regioni e territori. E vi ha aggiunto il carico della nuova complessità epidemiologica e gestionale determinatasi a causa della crisi epidemica. E ciò si è riverberato sull'abbassamento dei livelli di performance e di risposta ai bisogni.

4. GLI SPUNTI INNOVATIVI

La situazione descritta ha fortemente contribuito a stimolare lo sviluppo di un dibattito e di una azione istituzionale, sia a livello mondiale che europeo che italiano, molto più vivace che in passato¹⁰. Sulla base dello slogan rapidamente diffusosi tra gli organismi internazionali, e poi ovunque, della necessità di una "resilienza trasformativa" per uscire dalla crisi pandemica migliori di prima, abbiamo assistito e stiamo assistendo ancora oggi a diverse espressioni davvero inedite di interesse e di impegno propositivo rispetto all'individuazione di strumenti e modelli per affrontare le lacune e le criticità dei sistemi di salvaguardia della salute in giro per il mondo. Particolarmente importante a livello europeo è stato ed è il Piano next generation EU (NG EU)¹¹, lanciato dalla Commissione europea a gennaio 2020, e tradotto poi in Italia con le linee progettuali di intervento del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr)¹², approvato nella sua forma definitiva a luglio 2021.

Dal punto di vista dei principi del diritto alla salute, lo stato dell'arte che si è venuto a determinare è caratterizzato dall'indicazione di una serie di spunti innovativi di riflessione per quanto riguarda il governo della salute, che è possibile riassumere nelle seguenti proposizioni.

1. La salute va promossa e sostenuta attraverso una politica del benessere, della qualità della vita, della coesione comunitaria integrata, che si basi sui principi della "Salute in tutte le politiche" – casa, città, scuola, lavoro, ambiente, clima – e di *One health*. Di particolare interesse a questo proposito risulta il recente schema di decreto del ministro della Salute (ai sensi dell'articolo 27, comma 5 del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36) «di individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (Snps)», inviato il 17 maggio 2022 dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per gli Affari regionali e le Autonomie, alle Regioni, con l'intento di istituire Sistemi regionali (Srps) basati sull'approccio *One health* nella sua evoluzione *Planetary health*».
2. Rispetto alla situazione delle disuguaglianze e delle differenze territoriali, si sta ragionando sul tema della continuità assistenziale da realizzare sia attraverso forme di collaborazione tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato rapporto tra ospedale e territorio. Gli interventi necessari prevedono dunque l'investimento in infrastrutture e strutture più sostenibili non tanto economicamente quanto rispetto alle nuove esigenze.

3. Il tema delle connessioni è in questo contesto di fondamentale importanza, e lo sta diventando sempre più, non solo in considerazione delle diverse anime del sistema di welfare e degli apparati di salvaguardia della salute, ma anche rispetto alla separazione tra culture, discipline, ideologie e territori, che mette a dura prova l'intero sviluppo globale. Mentre occorre puntare sulla connessione tra governi e Paesi per la creazione di una piattaforma comune di valori condivisi come punto di riferimento per le decisioni da prendere, in Italia (tra Regioni), in Europa (tra Paesi) e nel mondo (tra continenti e aree geopolitiche). E le connessioni vanno ricercate anche nella collaborazione necessaria fra le tre anime principali della società contemporanea (statualità, socialità e mercato), e nel superamento delle contrapposizioni tra settore pubblico e settore privato, tra vita privata e vita lavorativa, e tra primo, secondo e terzo settore economico, come nel rapporto tra discipline scientifiche e relativi ambiti applicativi.
4. Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari, dagli obiettivi del Patto per la salute per gli anni 2019-2021, e in particolare, da quelli relativi allo "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale", strettamente correlati con il Piano nazionale della cronicità, con il Piano di governo delle liste di attesa e con il Piano nazionale della prevenzione, discende l'importanza della «implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari».

Come rimarcato dall'ASviS nel documento "Per un pacchetto di investimenti a favore dello Sviluppo Sostenibile delle città e dei territori"¹³, le proposte di realizzazione di strutture sanitarie territoriali del tipo di quelle previste dal Pnrr erano già state formulate in passato in termini di funzioni e requisiti derivanti dagli obiettivi di presa in carico sanciti dalle norme e, in particolare, dai decreti legislativi n. 229/1999 e dalla L. n. 328/2000. Case della salute o Presidi territoriali di assistenza (Pta). Ospedali di comunità, Punti unici di accesso sociali e sanitari, Centrali operative distrettuali e Hospice sono tutte realtà di cui si è a lungo dibattuto e che esistono già in forme varie e con nomi differenti in molte realtà regionali. L'interpretazione operata dalle regioni rispetto alle modalità di realizzazione di queste strutture è anzi spesso alla base della variabilità tra regioni e territori di cui abbiamo detto.

5. GLI OBIETTIVI DEL PNRR

Sulla base del NG EU, il Pnrr italiano, basato su uno stanziamento di 191,5 miliardi di euro, prevede un pacchetto di investimenti e riforme articolato in 6 Missioni: Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (con 40,32 miliardi); Rivoluzione verde e transizione ecologica (59,47 miliardi); Infrastrutture per una mobilità sostenibile (25,40 miliardi); Istruzione e ricerca (30,88 miliardi); Inclusione e coesione (19,81 miliardi); Salute (15,63 miliardi).

Decisamente significativa per l'efficienza e l'efficacia del sistema della sanità italiana è l'azione di realizzazione del Piano per la sua parte dedicata alla sanità e al sociale. Per quanto riguarda salute e sanità, la Missione 6 si articola in due componenti:

1. le Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina, e in particolare le Case di comunità (CdC) e gli Ospedali di comunità (OdC), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e l'integrazione socio-sanitaria;

2. le azioni di innovazione, ricerca e digitalizzazione del Ssn, con l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali, il completamento del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (Lea), l'aumento degli investimenti in ricerca, il rafforzamento e potenziamento della formazione del personale.

Rispetto a questo impianto, decisamente significativo, rimane in ombra a oggi l'effettiva capacità di attuazione del Piano nel rispetto dei tempi previsti. In particolare molti osservatori hanno notato che gli obiettivi lanciati dalla Missione 6 del Pnrr, e in generale la revisione delle politiche per la salute su una base di *One health*, hanno bisogno di personale qualificato in numero sufficiente. Secondo il Mef l'effetto del Pnrr sull'occupazione sarà positivo nella misura del 3,2% e secondo il progetto Re-Start del gruppo Adecco si avrà un aumento di occupate donne pari a 38.000 unità e di giovani pari a 4.000. Ma i calcoli relativamente alle carenze degli organici ospedalieri e al fabbisogno di personale infermieristico, sia per le strutture già esistenti sia per le nuove strutture da creare, indicano cifre ben più alte. Per non parlare della necessaria formazione per i nuovi assunti, specie quelli da inserire nel nuovo assetto.

Oltre a ciò, la complessità del sistema di governance della sanità italiana fa temere che la corretta realizzazione del Piano sia messa in difficoltà da: un troppo debole coordinamento tra diverse Missioni all'interno del Pnrr, e soprattutto tra progetti e azioni del Pnrr e altri Piani e Programmi, e di riflesso tra fondi e stanziamenti straordinari e fondi ordinari; una attuazione squilibrata degli obiettivi e delle Missioni tra regioni e territori; la difficoltà della attuazione di un monitoraggio e di una valutazione di impatto delle azioni intraprese, come peraltro richiesto da NG EU; gli intoppi burocratico-amministrativi che potrebbero frapporsi alla attuazione delle misure e degli stanziamenti.

L'urgenza degli investimenti previsti non deve inoltre far passare in seconda linea la questione di un riordino strategico complessivo della sanità italiana, in particolare per quanto riguarda la sanità territoriale, la medicina di base e il ruolo dei medici di medicina generale (Mmg), e il coordinamento con i referenti del mondo del no profit e della sanità privata.

Condizione per una realistica soluzione del problema è che si tenga conto di tutte le forze in gioco e di tutti i soggetti che in qualche modo già contribuiscono alla tenuta del sistema, in particolare per quanto riguarda i tanti aspetti e le diverse esigenze disattese dal sistema pubblico. Non potrà esservi sostenibilità del sistema della salute, infatti, senza la valorizzazione del ruolo

del terzo settore, che tanta parte ha nella individuazione di particolari categorie di bisogno e nel sostegno alle famiglie per l'integrazione socio-sanitaria.

E non potrà esservi sostenibilità nella salute se non si valorizzerà la mole ingente di risorse messe in campo dalle famiglie di tasca propria, cui si aggiungono le risorse altrettanto ingenti che provengono dall'Inps. Da cui l'esigenza di immaginare e mettere in campo strumenti e regole nuove, che pongano le basi di una valorizzazione eticamente fondata dell'impegno e delle risorse impiegate dalle famiglie e dei pazienti, attraverso i diversi canali pubblici e privati di finanziamento delle cure. In altre parole è evidente la necessità di procedere verso interventi di riforma che sappiano guardare lontano, con occhi scevri da pregiudizi, e verso soluzioni dalla robusta valenza etica, ma anche dalla chiara praticabilità e sostenibilità, dopo una stagione nella quale abbiamo assistito a un ritardo nell'adeguamento del sistema di welfare alla nuova situazione.

6. IL PROBLEMA DEL PERSONALE

La pandemia ha contribuito a confermare il valore del capitale umano in sanità. La risposta pronta e incisiva delle strutture allo scoppio della pandemia e la tenuta del sistema sanitario italiano attraverso le diverse ondate non sarebbero state possibili se non fossero state animate dall'impegno e dalla competenza del personale. Nell'affrontare il tema di un rilancio e di un ripensamento degli assetti del nostro sistema della salute, occorre quindi partire dalla constatazione del valore del capitale umano per la qualità delle cure e per il funzionamento del sistema, e dalla necessità di sostenerlo e rafforzarlo.

In termini di rafforzamento occorre partire dal gap italiano per quanto riguarda la dotazione degli organici sanitari, specie quelli infermieristici, di cui si è già detto. Se infatti il numero di medici sulla popolazione generale è simile a quello della media dei Paesi europei più grandi (Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna), e cioè 4,06 medici per mille abitanti in Italia contro 3,58 per mille, gli infermieri sono in Italia 5,49 per mille abitanti, contro un valore medio del 9,42 per mille dei suddetti Paesi. Se poi confrontiamo l'entità del personale con quella della popolazione anziana, la situazione italiana risulta particolarmente svantaggiata, con 47,45 infermieri per mille abitanti over 75, contro i 97,55 dei 4 Paesi considerati; e 35,06 medici per mille abitanti over 75, contro i 37,52 dei 4 Paesi¹⁴.

A questo gap vanno aggiunti la contrazione nel recente passato del personale medico del Ssn, pari a 532 mila unità nel periodo 2017-2018, l'invecchiamento progressivo, che porterà da qui a 10 anni al pensionamento di almeno 133 mila medici, e in generale le previsioni negative sui flussi in uscita negli anni a venire anche al di là di quelli determinati dal pensionamento. Secondo la Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnom), a seguito della pandemia è fortemente aumentato lo stress lavoro-correlato¹⁵, e un terzo dei medici dichiara che andrebbe in pensione anche subito. Secondo l'Associazione dei medici dirigenti (Anaa Assomed¹⁶) si sono avute nel solo comparto ospedaliero 2-3 mila uscite all'anno tra 2020 e 2021, e si prevede un esodo di 40 mila unità entro il 2024 per pensionamento ma anche per dimissioni a causa di burn-out e stress. Secondo

stime recenti, mancherebbero in Italia già da molti anni almeno 63 mila infermieri, la cui carenza sarebbe aumentata ora a seguito dell'emergenza pandemica fino al valore di 100 mila unità.

Senza entrare nel merito delle differenze retributive, che vedono anch'esse medici e operatori sanitari italiani in netto svantaggio rispetto ai colleghi europei, i dati citati sono un segnale chiaro rispetto alla necessità di riconsiderare il ruolo del capitale umano in sanità, vera colonna portante del sistema, indispensabile sia per reggere ulteriormente nel tempo l'impatto delle criticità vecchie e nuove, sia per far fronte ai nuovi servizi e strutture che verranno messi in piedi grazie agli investimenti previsti dalle Missioni 5 e 6 del Pnrr. Ambedue essenziali per un rilancio innovativo del sistema, ma ambedue legati per la loro buona riuscita alla disponibilità di personale sufficiente, motivato e preparato¹⁷.

E al di là dei numeri, è importante considerare anche gli aspetti qualitativi delle professioni sanitarie, innanzitutto rispetto ai cambiamenti intervenuti dal punto di vista della clinica e della organizzazione sanitaria, prima fra tutti la interdisciplinarietà necessaria sia tra le diverse specializzazioni mediche sia rispetto alle altre professionalità sanitarie e sociali. Questo tipo di cambiamenti impongono che si intervenga in termini innovativi sul percorso formativo degli operatori della salute, per esempio con l'introduzione della formazione interprofessionale (Fip), da tempo consigliata a livello mondiale e attuabile sia sul posto di lavoro, sia in appositi contesti didattici, sia anche in collegamento con il modello delle reti clinico-assistenziali.

Ed è altrettanto di vitale importanza lavorare sui modelli organizzativi interni alle strutture sanitarie nelle quali opera il personale sanitario. È ormai noto come il passaggio da organizzazioni sanitarie fortemente burocratizzate e basate su una gerarchia di tipo verticale ad aziende basate su un management "diffuso" sia un passaggio assolutamente necessario, se si intende rispondere alle sfide sempre più complesse della salute. Per ciò che attiene alla governance multilevel, le principali criticità espresse dai dirigenti sanitari di medio livello emergono nel rapporto tra management apicale e middle management¹⁸ e i problemi più frequentemente additati dal personale sanitario sono relativi all'organizzazione, alla comunicazione, alle relazioni umane e allo stress lavoro correlato (60,3%). Le soluzioni indicate dai diretti interessati riguardano soprattutto la necessità di sviluppare forme di leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti) per il 76,1% dei rispondenti.

BIBLIOGRAFIA

1. Caporale C, Pirni A (a cura di). *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la CoViD-19*. Roma: Cnr Edizioni, 2020.
2. Collicelli C. *Le politiche socio-sanitarie*. In: CNEL, *Relazione al Parlamento e a Governo sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche Amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini*. CNEL 2022 Disponibile su: <https://bit.ly/3M5doRA>

3. OCSE. Il nuovo rapporto OCSE 2021 sulla politica di regolazione. Disponibile su: <https://bit.ly/307Pdng>
4. Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE). Rapporto annuale 2019. Disponibile su: <https://bit.ly/3HL5U3W>
5. Cassa R, Collicelli C, Santurri P, Spandonaro F. Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei sistemi sanitari regionali. In: CREA Sanità. 15° Rapporto Sanità: Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità. Cap. 8b, pag. 320-328. Roma, dicembre 2019. Disponibile su: <https://bit.ly/3I8MAOd>
6. Italialongeva. Indagine 2022. La Mappa della Fragilità in Italia: gradiente geografico e determinanti socio-demografici. Disponibile su: <https://bit.ly/42SEXn2>
7. INMP. Le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute in Italia: evidenze recenti alla luce dell'epidemia CoViD-19. Quaderni di epidemiologia 2022; 4: 1-143.
8. Spandonaro F, D'Angelo D, Polistena B (a cura di). CREA-Sanità. 17° Rapporto Sanità. Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione. Roma, 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/42vqYn7>
9. ASviS. L'Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Rapporto ASviS 2021.
10. Collicelli C. Sanità post-Covid-19: le piste di lavoro per il necessario cambio di strategia. In: Caporale C, Collicelli C, Durst L (a cura di). Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità. Roma: CNR Edizioni, 2022.
11. Next Generation EU – Pacchetto per la ripresa dalla CoViD-19. 24 agosto 2022. Disponibile su: <https://bit.ly/3HgNqb5>
12. Governo italiano, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 12 gennaio 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/3oJJn0s>
13. ASviS. Salute e benessere. Salute e non solo sanità: come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di salute sostenibile. Position Paper 2020. Gruppo di Lavoro sul Goal 3. Settembre 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/3Bo2zEe> [ultimo accesso 24 luglio 2023].
14. OECD. Health at a glance 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/44kKXqf>
15. FNOMCeO – Istituto Piepoli. La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia da CoViD-19. Aprile 2022. Disponibile su: <https://bit.ly/3MmZyKE>
16. ANAAO ASSOMED. Tra pensionamenti e licenziamenti sono previsti 40mila medici in meno nel SSN entro il 2024. 23.05.2022. Disponibile su: <https://bit.ly/3nRlj16>
17. Collicelli C. Medici ed operatori sanitari, un capitale umano sottovalutato. Pag. 55-57. In: ASviS, Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. ASviS 2022. Disponibile su: <https://bit.ly/305sp7q>
18. Collicelli C, Durst L, Di Leo A, Rossi N. Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali. Forum Management Sanità, Fiaso novembre 2018. Disponibile su: <https://bit.ly/3pDLgfN>

Sanità e Società

Alcune aree critiche del sistema sanitario

Anziani, malati cronici, donne, minori, migranti

Carla Collicelli (1, 2)

Giuseppe R. Gristina (3)

Francesca M. Corrao (4)

1. GLI ANZIANI, LE CRONICITÀ, IL TERRITORIO

È una peculiarità della struttura demografica italiana quella data dalla lunga aspettativa di vita. Come ci ricorda il Censis¹, «alla fine dell'800 la speranza di vita alla nascita era solo di 35,5 anni, da allora è progressivamente cresciuta e dopo il balzo degli anni del secondo dopoguerra è aumentata mediamente ogni anno di 3,5 mesi, fino ad arrivare agli 81,1 anni per i maschi e agli 85,4 anni per le donne nel 2019».

La pandemia ha fatto registrare un peggioramento da questo punto di vista nel 2020 rispetto al 2019, soprattutto per l'impatto del Covid in termini di mortalità diretta e indiretta. Accanto a ciò, si cominciano a raccogliere solide evidenze anche sui ritardi accumulati in termini di prevenzione, screening e continuità delle cure per tutte le altre patologie, e in particolare per quelle croniche gravi (oncologia *in primis*), a causa dell'intasamento delle strutture ospedaliere a seguito della pandemia. Il che rimanda a un prevedibile aumento del peso delle patologie croniche e delle disabilità in un prossimo futuro, in Italia come in tutti i Paesi economicamente avanzati, sia come conseguenza dell'allungamento della vita sia per effetto della complessità epidemiologica e terapeutica e dei ritardi accumulati per la pandemia².

L'incidenza delle patologie croniche e delle disabilità costituisce un problema rilevante per il sistema sanitario italiano da molti anni a questa parte, e ha mostrato nel periodo tra 2009 e 2019 in termini di valore assoluto un andamento crescente, sia per l'intera popolazione sia per la popolazione over 65, anche se in termini percentuali si registra una diminuzione per la popolazione over 65 (tabella 1).

Gli indici previsionali calcolati dall'Istat al 2041 (tabella 1) segnalano che gli italiani con almeno una malattia cronica dovrebbero passare dal 40,9% del 2019 al 45% del 2041, e quelli con più di una malattia cronica dal 21,1% al 23,7%. Non dovrebbe aumentare in termini percentuali l'incidenza degli ultra 65enni sul totale dei malati cronici, che dovrebbe diminuire rispettivamente dall'80% al 76,4% per una patologia cronica e dal 65,2% al 51,1% per due o più patologie croniche. E ciò anche per effetto della crescente diffusione di queste patologie tra le categorie di età più giovani.

TABELLA 1. PERSONE CON MALATTIE CRONICHE E STATO DI SALUTE IN ITALIA, 2009-2041 (v.a. E VAL.%)

	Almeno una malattia cronica				Almeno due malattie croniche				Con malattie croniche in buona salute (1)			
	Totale di cui: 65 anni e oltre				Totale di cui: 65 anni e oltre				Totale di cui: 65 anni e oltre			
	v.a. (migliaia)	%	v.a. (migliaia)	%	v.a. (migliaia)	%	v.a. (migliaia)	%	v.a. (migliaia)	%	v.a. (migliaia)	%
2009	23.141	38,8	9.583	80,8	12.126	20,3	6.952	58,7	9.348	40,4	2.121	22,1
2019	24.555	40,9	10.879	80,0	12.678	21,1	7.641	56,2	10.583	43,1	3.074	28,3
2031 (2)	25.639	42,8	13.269	78,6	13.405	22,4	9.087	53,8	11.527	45	4.843	36,5
2041 (2)	26.624	45	15.486	76,4	13.998	23,7	10.365	51,1	12.960	48,7	6.952	44,9
Diff. Assolute												
2009-2019	1.414	2,1	1.296	-0,8	552	0,8	689	-2,5	1.235	2,7	953	6,2
2019-2031	1.084	1,9	2.390	-1,4	727	1,3	1.446	-2,4	944	1,9	1.769	8,2
2019-2041	2.069	4,1	4.607	-3,6	1.320	2,6	2.724	-5,1	2.377	5,6	3.878	16,6
Var. %												
2009-2019	6,1	-	13,5	-	4,6	-	9,9	-	13,2	-	44,9	-
2019-2031	4,4	-	22,0	-	5,7	-	18,9	-	8,9	-	57,5	-
2019-2041	8,4	-	42,3	-	10,4	-	35,6	-	22,5	-	126,2	-

(1) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica

(2) Stima Censis. Previsione della popolazione Istat, scenario mediano. Fonte: elaborazione Censis su dati Istat.

Ma impressiona la stima dei valori assoluti: l'Istat prevede che gli ultra 65enni con una patologia cronica saranno, nel 2041, 15 milioni 480 mila, e quelli con più patologie croniche 10 milioni 365 mila. Rilevante anche la notazione per cui aumenteranno, sempre secondo le previsioni dell'Istat, coloro che pur soffrendo di una o più patologie croniche, si considereranno in buona salute, dal 43,1% al 48,7% per il totale e dal 28,3% al 44,9% per gli ultra 65enni malati cronici.

È evidente, alla luce dei dati riportati, che la situazione sanitaria del Paese non potrà che registrare un'accentuazione delle problematiche legate alle patologie croniche, specie per quanto riguarda la fascia di età anziana, pur in presenza di un contemporaneo continuo miglioramento sul piano delle possibilità terapeutiche e della qualità della vita.

Una conseguenza di quanto sopra è la necessità di rafforzare il rapporto tra ospedale e "territorio", e contemporaneamente quella di una attenzione più mirata per le cronicità e le fragilità. Molti sono i contributi che hanno richiamato l'attenzione dell'opinione pubblica e dei decisori e amministratori su questa emergenza, presente e futura. Un esempio particolarmente importante è quello del Rapporto realizzato da Istat e Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita presso il Ministero della salute e presieduta da monsignor Vincenzo Paglia, che ha prodotto dati originali sull'entità di difficoltà motorie, comorbilità e compromissioni dell'autonomia nella popolazione anziana (circa 2,7 milioni di over 75), sulla carenza degli aiuti (1,2 milioni di anziani che dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie necessità) e sui circa 100 mila anziani che, oltre a essere soli o con familiari anziani, sono anche poveri di risorse economiche³.

Accanto alle strategie di rafforzamento delle sanità territoriale e delle cure per le disabilità, un processo molto importante che riguarda la componente anziana della popolazione degli ultimi anni, e che dovrebbe poter crescere nel tempo in futuro, è quello che va sotto il nome di “invecchiamento attivo”, su cui lavorano molti centri di ricerca e si muovono anche istituzioni ai vari livelli⁶. La definizione di “invecchiamento attivo” più rilevante è quella proposta dall’Oms nel 2002: «Si intende invecchiamento attivo quel processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane». E va rimarcato che anche la Commissione economica per l’Europa delle nazioni unite (Unece) ha collegato le priorità del Mipaa (il Piano di azione internazionale *on active ageing* sottoscritto a Madrid nel 2002) agli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell’Agenda Onu 2030).

2. LA SALUTE DELLE DONNE

Nel quadro della più ampia tematica dell’equità di genere, la questione delle disuguaglianze nel campo della salute e delle cure sanitarie riveste un’importanza fondamentale. E non solo con riferimento al benessere delle donne e alla giustizia sociale rispetto al genere femminile, ma anche sulla base della convinzione che il benessere e la salute delle donne siano di assoluta rilevanza per il benessere collettivo e per la definizione di un modello più avanzato di sviluppo sostenibile e di società attenta agli equilibri eco-sistemici.

Non molti sono gli studi che hanno affrontato la questione dell’equità di genere rispetto alla salute e alla sanità in Italia e nel mondo. Quelli esistenti si sono occupati in modo particolare dei seguenti aspetti: le differenze di spesa sanitaria pro-capite, pubblica e di tasca propria; le morti evitabili con la prevenzione e con le terapie; la speranza di vita alla nascita; l’accesso alle cure e alle terapie innovative; la presenza di servizi sul territorio; i tempi di attesa per l’accesso alle cure.

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita, a livello europeo le donne vivono sei anni in più degli uomini (84 anni contro 78 anni), ma il 33% delle donne, contro il 28% degli uomini, non si considera in buona salute. Il numero di anni di vita in buona salute è aumentato nel periodo più recente per gli uomini in 19 Stati membri e per le donne in 15 Stati membri. I maggiori guadagni sono stati realizzati da Cipro (+5,4 per le donne e + 4,4 per gli uomini) e dall’Italia (+ 4,5 per le donne e + 5 per gli uomini)⁴.

Per quanto riguarda l’Italia, il vantaggio delle donne in termini di speranza di vita è particolarmente evidente, ma i dati mostrano che il divario nei tassi di mortalità tende da qualche tempo ad attenuarsi e che la salute e la speranza di vita sono migliorate negli ultimi anni “pre-Covid” più per gli uomini che per le donne. E anche in termini di obesità e di patologie

⁶ Per esempio il Progetto di Coordinamento nazionale delle politiche sull’invecchiamento attivo indetto dal Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri e dall’Irccs Inrca - Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani. Tra i fini del progetto, di durata triennale (da giugno 2019 a marzo 2022), la creazione di un modello di indice di invecchiamento attivo per misurare il livello di invecchiamento a livello geografico, i cui dati dovrebbero essere disponibili per le Regioni come strumento di supporto e possibile indirizzo.

cardiovascolari, dove tradizionalmente il vantaggio femminile era evidente, la situazione tende lentamente a riequilibrarsi. Rispetto all'obesità permane una forte differenza tra tassi maschili e femminili. Con l'avvento della pandemia poi, l'evoluzione positiva degli ultimi anni ha subito un freno, che sta annullando, completamente nel Nord e parzialmente nelle altre aree del Paese, i guadagni in anni di vita attesi maturati nell'ultimo decennio.

Ma le disuguaglianze di salute in termini di genere son particolarmente evidenti per quanto riguarda l'equità di accesso alle cure. Fonte particolarmente autorevole da questo punto di vista è l'Eige (Istituto europeo per l'uguaglianza di genere) che calcola a livello europeo l'uguaglianza di genere sulla base di sei aspetti principali (lavoro, denaro, conoscenza, tempo, potere e salute) e due aggiuntivi (la violenza contro le donne e le disuguaglianze intersezionali). Nel Rapporto del 2019 Eige rileva che, «malgrado i risultati ottenuti negli scorsi decenni e le misure adottate dalla Commissione [...] i progressi verso un'effettiva uguaglianza sono molto lenti». L'Unione europea risulta più vicina alla parità di genere nei settori della salute (88,1 punti su 100) e del reddito (80,4 punti) rispetto al potere economico e politico (51,9 punti). Le esigenze sanitarie insoddisfatte in Europa risultano più elevate per madri e padri soli (rispettivamente 6% e 8%) e donne e uomini con disabilità (8% e 7% rispettivamente)⁵.

In Italia, secondo l'Istat, particolarmente critica è la situazione dei ritardi delle cure e quella della rinuncia a prestazioni sanitarie necessarie a causa delle liste di attesa, che nel 2015 risultava riguardasse il 13,2% degli uomini e il 18,4% delle donne. A causa di problemi legati ai trasporti, ritardi e rinunce, sempre nel 2015, riguardavano il 4,1% degli uomini e il 5,7% delle donne. A causa di motivi economici ritardi e rinunce riguardavano il 10,1% degli uomini e il 13,8% delle donne per almeno una prestazione, il 5,5% degli uomini e l'8,4% delle donne per esami e cure mediche, e il 3,7% degli uomini e il 5,2% delle donne per farmaci prescritti. Dati provvisori relativi agli ultimi due anni segnalano un aggravamento di questa situazione a seguito dell'evento pandemico e alle situazioni di saturazione dei posti letto in molti ospedali.

Un aspetto particolare, ma non secondario, del disagio femminile in ambito sanitario è quello del lavoro di cura e assistenza che le donne prestano, in famiglia e nell'ambito della rete familiare allargata, a malati e disabili. Evidenze interessanti da questo punto di vista sono state rilevate dalla Federazione associazioni volontariato oncologico (Favo), che con il suo XI Rapporto sulla condizione dei malati oncologici del 2019⁶ ha dato avvio a un'ampia analisi dei costi economici e sociali della patologia oncologica per i pazienti e le famiglie, condotta attraverso una indagine realizzata nel 2018 su 1.289 pazienti e 1.205 caregiver^{7,8}. Con quel contributo è stata proposta una iniziale rendicontazione rispetto agli aspetti più importanti e generali, in termini di entità e di caratteristiche qualitative, dei costi e dei disagi socio-economici provocati dalla patologia oncologica.

Nel Rapporto successivo⁹ si è analizzata la condizione lavorativa e sociale dei caregiver che si occupano dei malati oncologici, che risultano dall'indagine essere per il 57% di sesso femminile e per il 43% di sesso maschile, e per la stragrande maggioranza tra 35 e 65 anni. Il 60,2% convive

con il paziente e il 22,2% vive molto vicino a lui. Le attività che il caregiver svolge per assistere il malato sono varie e vanno dal trasporto (nel 94,4% dei casi) al supporto morale e psicologico (77,1%), ai rapporti con l'équipe curante (70,3%), alla gestione delle attività quotidiane (53,5%), alle commissioni esterne (52%), al supporto per l'osservanza delle prescrizioni (45,1%) ed economico (33,3%), alle relazioni con altri caregiver e badanti (17,5%), alla cura e all'igiene personale (16%).

Le ore dedicate all'assistenza al paziente sono in media 40 per settimana, ma vengono superate nella maggior parte dei casi, fino ad arrivare a oltre 70 ore a settimana nel 15,2% dei casi. I caregiver che hanno ricevuto forme di supporto economico, o in termini di tempo da altre figure, rappresentano il 20,8% del campione. Per questa quota di aiuti si è trattato di aiuti provenienti da genitori (30,7% dei casi), fratelli o sorelle (28,3%), figli (21,5%), altri parenti (19,5%), mogli, mariti o conviventi (18,3%). Solo nel 4,4% dei casi si è trattato dell'aiuto da parte di un badante o assistente retribuito, nel 3,6% dei casi di una qualche forma di assistenza sanitaria pubblica, nel 2,8% dei casi di aiuti da parte di associazioni di volontariato e nell'1,6% di professionisti sanitari retribuiti.

Strettamente collegata al sovraccarico sociale e di cura che caratterizza la condizione femminile in Italia è anche la questione della denatalità³. Trattando di differenze femminili in termini di salute, infine, non va dimenticato il settore della salute mentale. Da sempre il benessere psichico delle donne è messo a dura prova dal contesto e dalle condizioni di vita. Guardando ai dati epidemiologici relativi al disagio psichico, le statistiche segnalano, oltre all'aumento delle patologie croniche, spesso in forma plurima, anche l'aumento del disagio psicologico e mentale, che si manifesta in particolare tra i giovani sotto i 34 anni, tra gli stranieri, tra le donne, tra i disoccupati e tra i cittadini del Nord del Paese. Il disturbo più diffuso risulta essere la depressione, che coinvolge secondo dati Istat quasi 3 milioni di persone, di cui più della metà donne. Ma anche un anziano su 5 soffre di depressione e aumentano i soggetti che hanno necessità di aiuto psichiatrico o psicologico, soprattutto tra gli over 40.

La solitudine della vita contemporanea all'interno delle città costituisce una delle cause scatenanti del disagio psichico femminile, specie in età anziana. Le donne in Italia sono il 51,3% della popolazione totale e più del 60% degli ultra ottantenni, e al 1° gennaio 2019 c'erano in Italia 14.456 ultracentenari, di cui l'84% era composto da donne. Un terzo delle famiglie italiane è costituito da persone sole e l'incremento, in termini assoluti fra il 2011 e il 2014, è stato del 6,2%. Le persone sole di 60 anni e più sono il 17% del totale, con un incremento del 7,9% nel periodo 2011-2014. Le donne sole con almeno 60 anni sono il triplo degli uomini. Dati consolidati ci segnalano come la solitudine aumenti il rischio di demenza del 40%¹⁰.

3. LA SALUTE DEI MINORI

I principi di uguaglianza e di non discriminazione sono di rilevante importanza quando si considerino non solo le persone o le comunità o i gruppi sociali particolarmente svantaggiati, ma anche quando si affronta il tema dei minori.

Riguardo a questi ultimi vi sono purtroppo ancora ampie testimonianze del fatto che, anche nelle nostre società occidentali, i loro diritti e i loro bisogni sono spesso trascurati, o peggio, negati. Impegnarsi perché i diritti dei minori siano rispettati ha pertanto profonde implicazioni per il loro status: questo è massimamente evidente nel settore sanitario dove le decisioni e le azioni dei professionisti impattano sulla vita dei minori in modo profondo e intimo.

La Convenzione delle Nazioni unite sui diritti del fanciullo (UN Convention on the rights of the child)¹¹ pone un chiaro obbligo per i decisori e i professionisti sanitari di sviluppare politiche e prassi cliniche in conformità con i diritti umani dei minori. L'elemento di novità proposto dalla Convenzione è costituito dal riconoscimento che i minori sono soggetti portatori di diritti che impongono obblighi agli adulti affinché questi ne garantiscano il rispetto e il concreto godimento.

I principi enunciati nella Convenzione forniscono un quadro complessivo che permette di sviluppare la cura e l'assistenza dei minori nelle diverse aree dei sistemi sanitari. In particolare l'art. 12 afferma che tutti i minori in grado di esprimere una propria opinione hanno il diritto di farlo liberamente su tutte le questioni che li riguardano e che questa sarà tenuta nel dovuto conto in relazione alla loro età e al loro grado di maturità, soprattutto in relazione al tema del consenso informato ai trattamenti. Un altro principio altrettanto centrale è affermato nell'art. 3, in cui si sancisce che in tutte le situazioni in cui un minore è coinvolto, il suo migliore interesse deve godere di una considerazione primaria.

È importante ribadire che l'investimento che oggi la società fa sui minori costituisce la strategia più efficace per garantire a sé stessa un futuro adeguato alle migliori aspettative possibili². È evidente che tutta la progettualità per il tempo a venire di cui oggi siamo capaci, ancora una volta dipenderà dalla sensibilità e dal grado di evoluzione culturale di chi si deve impegnare a rispettare i diritti dei minori oggi¹².

Il rispetto del diritto alla salute dei minori non può essere percepito come un'opzione paternalistica o come espressione di una qualche forma di beneficenza. Esso genera, come nel caso degli adulti, obblighi e responsabilità che devono essere attentamente considerati, onorati e recepiti nella cultura di tutti i professionisti sanitari in primo luogo e dell'intera comunità.

4. LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI: OPPORTUNITÀ E CRITICITÀ DI UNA SITUAZIONE IN EVOLUZIONE

La buona salute del cittadino è il risultato di un insieme di elementi tra loro correlati, e tra questi il diritto alla tutela della salute degli immigrati. Spesso si parla dei "nostri diritti" alla salute e non si pensa che, in un mondo interconnesso, questi includono, e anche in certa misura dipendono, da quella parte di umanità che vive al nostro fianco, ma è invisibile perché non regolarizzata.

Gli immigrati regolarizzati di prima e seconda generazione, a volte diventati cittadini, hanno, secondo il sistema giuridico, uguali diritti alla tutela della loro salute.

Il problema si pone invece per i non regolarizzati, o in attesa di documenti, di cui si ignorano i numeri e anche i volti. Spesso si tratta di persone che lavorano illegalmente nei campi o si prendono cura dei nostri figli o dei nostri anziani, o gestiscono piccoli negozi aperti sino alle ore più tarde della sera, a cui facciamo ricorso in emergenza per la mancanza di qualche articolo. Non possedere un documento di residenza valido vuol dire non poter studiare e soprattutto non poter ricorrere alle cure sanitarie ordinarie, al di fuori del pronto soccorso.

Il Covid ha visto crescere a dismisura i ricoveri per patologie acute, ma una volta finita l'emergenza pandemica sono "svanite" anche le persone che ne erano state colpite. Di conseguenza non è stato possibile monitorare e curare le patologie innescate dalla pandemia. Questo fatto ha evidenziato una serie di problemi già esistenti, ma per lo più ignorati, che impattano sul benessere di tutta la comunità. Il benessere di uno riguarda tutti, sia perché siamo tutti degni di godere di eguali diritti in quanto esseri umani, sia perché in un mondo strettamente interconnesso il benessere degli altri riguarda ciascuno di noi.

Alcune considerazioni aiutano a capire il problema. Si è fatto riferimento a quanto scrive Foad Aodi, presidente dell'Associazione medici stranieri in Italia (Amsi), che interviene sulla tematica con altre associazioni¹³, e a quanto detto da Hassan Sabri, presidente dell'Associazione medici arabi in Italia e dell'Associazione Arabitalia, e dalla pediatra Belqies Khaled. Aodi scrive in un comunicato dell'Associazione online che la mancata universalità dell'intervento sanitario mette a rischio la salute di tutti i cittadini, perché occulta possibili problematiche sanitarie, incrementando inoltre le sofferenze e le disuguaglianze sociali. Inoltre, in un altro comunicato il presidente Aodi avverte del rischio della forte emigrazione di medici e infermieri (e quindi non solo di calciatori) in Arabia Saudita, dove stanno aumentando gli organici del sistema sanitario con offerte da capogiro.

Molti medici originari di altri Paesi, laureatisi in Italia negli anni '80, che lavorano, o hanno lavorato a lungo, nel Servizio sanitario nazionale sono testimoni delle trasformazioni avvenute con il diversificarsi dei luoghi di origine degli immigrati e con il mutare delle loro condizioni di salute. Il cambiamento della composizione dei migranti, dovuto alla crescita dei conflitti e alla crisi climatica, si è combinato con il declino del nostro welfare e soprattutto con la minore sensibilità verso principi universali quali l'uguaglianza dei diritti e in particolare del diritto alla salute per tutti.

La presenza di medici di origine straniera nel servizio pubblico costituisce un arricchimento di competenze per il nostro Paese, ma apre anche altre questioni, come la loro accettazione. Sabri riferisce che i pazienti, sovente, si inquietano inizialmente alla vista di uno straniero ma, in seguito, grazie all'attenzione e alle cure ricevute, si passa dal pregiudizio a un rapporto di fiducia, con ricadute positive per tutta la comunità e il sistema sanitario. Da un altro punto di vista, per gli immigrati, avere un medico che parli o almeno capisca la propria lingua, è un grande vantaggio perché li aiuta a spiegare le loro patologie.

La difficoltà principale che incontrano gli immigrati che non hanno la residenza è la continuità nella cura. Infatti, ricorrono alle cure mediche ospedaliere soltanto in caso di emergenza, ma

dopo, anche a causa del gap culturale e linguistico, con più fatica e difficoltà proseguono le cure, particolarmente quando intervengono su patologie croniche. Inoltre, la carenza di informazioni sulle opportunità offerte dalla sanità pubblica è per lo più all'origine della mancanza di cure preventive delle malattie dei bambini.

Il numero degli immigrati in Italia è stabile da diversi lustri, ma, crescendo la diversità dei Paesi di provenienza, come si è detto, cambiano le patologie, e sovente i medici hanno di queste una minore esperienza.

Le conseguenze degli attentati dell'11 settembre 2001 hanno scatenato conflitti che hanno sconvolto il destino di milioni di persone, estendendo le aree di guerra sino a raggiungere l'area mediterranea. La guerra al terrore non ha soltanto causato l'emigrazione afghana, ma ha visto estendere il conflitto nell'area irachena prima e siriana poi, e, da lì – con l'emergenza dell'Isis –, ha raggiunto l'area subsahariana. Il fenomeno terroristico ha riguardato anche attentati nei Paesi occidentali con il conseguente accrescimento dei pregiudizi e dell'ostilità verso i musulmani. Questa è anche una delle cause della resistenza di molti, soprattutto tra i non regolarizzati, a rivolgersi al sistema sanitario pubblico, con gravi conseguenze per esempio per quanto riguarda il controllo delle dinamiche del Covid. La pandemia, riducendo l'offerta di lavoro, da una parte ha frenato l'arrivo degli immigrati ma, dall'altra, la crisi economica nei Paesi dell'altra sponda del Mediterraneo ne ha aggravato la complessiva situazione sanitaria e dunque in generale lo stato di salute della popolazione. Se i tagli al welfare, sommati alle nuove esigenze di intervento portate dalla pandemia, hanno peggiorato il nostro sistema sanitario, nella maggior parte dei Paesi del Nord Africa l'impatto è stato molto più drammatico. Nei Paesi della sponda Sud del Mediterraneo, l'apertura al mercato occidentale, con la conseguente ricerca di competitività, e la creazione di zone di investimenti industriali esente da tasse hanno causato una flessione delle entrate fiscali e di conseguenza l'indebolimento del sistema di assistenza sociale, primo fra tutti quello sanitario che è stato rapidamente privatizzato. A questi fattori di debolezza, si sono aggiunti l'impatto del Covid e i dissesti climatici che hanno causato l'inaridimento di terre, sovente già abbandonate a causa delle guerre.

Il fenomeno migratorio ha subito un incremento e, con la crisi del sistema di accoglienza generata dai provvedimenti governativi, i centri di prima accoglienza si sono trovati improvvisamente di fronte all'aumento degli arrivi. La carenza di personale e di materiale di primo soccorso aggravano ulteriormente la già drammatica situazione.

Secondo i medici intervistati il primo problema è la barriera linguistica che, unita all'ignoranza del funzionamento del nostro sistema sanitario diffusa tra gli immigrati, rende particolarmente complicato anche un primo intervento. Costoro inoltre, per lo più, non solo conoscono poco o niente le proprie patologie, ma non riescono neanche a spiegarne i sintomi. Inoltre, è anche complicato, da parte del medico, spiegare le ragioni della necessità e delle modalità della cura. La paura, la diffidenza verso le cure, le difficoltà economiche completano il quadro. Ne consegue che, anche per chi riesce ad avere un documento che gli consente di vivere nel nostro Paese, gli

ostacoli permangono: molti stranieri, come accade anche per qualche italiano, non sono in grado di seguire l'iter burocratico necessario per accedere al sistema sanitario. La barriera non è soltanto logistica, ma soprattutto linguistica, e talvolta culturale. Si pensi per esempio a molte donne che hanno bisogno del marito o addirittura dei figli per farsi accompagnare dal medico. Infatti, molte immigrate provengono dalle aree rurali e temono il contatto con un mondo che non comprendono e che percepiscono come ostile nei loro riguardi. I mediatori culturali per lo più rimangono i familiari, perché quelli del sistema di accoglienza sono pochi, pur essendo indispensabili. Questi ultimi restano comunque il migliore tramite tra le strutture sanitarie e i pazienti sia per superare la barriera linguistica sia per fare fronte alla complessa macchina organizzativa della sanità, ma i budget delle strutture locali sono limitati e si intersecano anche con le scarse disponibilità delle famiglie che non si possono permettere cure lunghe e costose.

In assenza del mediatore, può supplire, quando c'è, il medico che conosce la lingua, per esempio l'arabo, capace di spiegare e prescrivere in lingua la posologia e la terapia, ma rimane il problema del difficile percorso burocratico.

Tra gli immigrati non mancano medici e personale sanitario, ma chi proviene dall'estero fa molta fatica a vedere riconosciuti i propri titoli, pure in un Paese che vede decrescere il personale medico. Le donne-medico straniere sono ancora poche, ma danno un contributo importante perché aiutano a superare le barriere culturali. Come riferisce Belqies Khaled, le donne che provengono da alcuni Paesi restano a casa e hanno poche occasioni per praticare la lingua italiana, e pertanto hanno bisogno dei figli o dei mariti (che spesso devono chiedere un permesso dal lavoro per accompagnarle) per poter comunicare con un medico. Le donne, infatti, sono le prime vittime dell'ignoranza sia sul piano linguistico sia per ciò che concerne la cultura di base dell'igiene; loro crescono i figli che con loro pagano le conseguenze della mancata conoscenza dei fondamenti della cura del corpo. Per quanto concerne le bambine, uno dei problemi più drammatici, tra le popolazioni di origine nilotica, è l'infibulazione che ancora oggi in Italia è praticata clandestinamente e con strumenti inadeguati, che causano gravi danni ai giovani corpi.

Le associazioni caritatevoli, dalla Caritas a Sant'Egidio e al Centro Astalli, solo per menzionare le più attive, contribuiscono in parte a sopperire alle tante lacune ed esigenze. I dati degli ultimi anni segnalano che nei centri di accoglienza i nuclei più critici sono gli stranieri, per la maggior parte richiedenti protezione internazionale, provenienti dai Centri di accoglienza straordinaria (Cas) del Sud Italia.

Un tema emergente tra gli immigrati è il disagio psichico a cui fanno fronte il Poliambulatorio Caritas e/o il Progetto Ferite Invisibili; in alternativa essi vengono orientati verso altri servizi competenti. Le persone che presentano una situazione complessa di disagio psichico, talvolta unito all'uso di droghe, avrebbero bisogno di una corretta e precoce valutazione e di una tempestiva presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale che, per motivi burocratici quali la mancanza della residenza, non può assolvere a questa funzione. In passato, a Roma, è stato attivo il Progetto Fari (Formare assistere riabilitare inserire), che si poneva l'obiettivo di rispondere ai

bisogni di salute psico-fisica dei richiedenti e titolari di protezione internazionale attraverso la sperimentazione di modelli di intervento sanitario innovativi e integrati.

Il Centro di ascolto stranieri svolge colloqui di screening, e quindi, individuato il problema, le persone vengono inviate per una presa in carico al Poliambulatorio Caritas oppure vengono orientate verso altri servizi competenti. Una corretta e precoce analisi e valutazione preliminare consentono la tempestiva presa in carico, indispensabile anche per il buon esito del percorso di integrazione. Non è raro, infatti, che un disturbo da stress post-traumatico non diagnosticato sia causa di ripetuti e prolungati fallimenti di un titolare di protezione nel suo percorso d'integrazione/ autonomia.

In conclusione, sarebbe bello immaginare nel nostro Paese una nuova politica di accoglienza e una sanità veramente universale, aperta a tutti, in un sussulto di gratitudine nei confronti degli eredi sia di Avicenna e Averroè, a cui tanto deve la medicina moderna, sia di coloro che per primi introdussero gli ospedali in Andalusia. Dobbiamo anche ricordare che nell'Italia meridionale si è sviluppato lo studio e l'insegnamento della medicina grazie ai medici arabi della corte di Federico II, rafforzando la Scuola medica salernitana, che si fondava già sulla confluenza tra la tradizione greco-latina e le nozioni acquisite dalle culture araba ed ebraica, che sono all'origine della medicina europea e delle facoltà universitarie di medicina.

BIBLIOGRAFIA

1. Censis. L'Italia e le dinamiche demografiche. Scenari e strumenti per affrontare il futuro. Aprile 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/3AxOnrP>
2. Collicelli C, Trabucchi M (a cura di). La vita degli anziani nel 2030. Tra medicina personalizzata, progresso tecnologico, ambiente da trasformare. L'Arco di Giano 2022; 110.
3. Ministero della Salute e Istat. Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria per la popolazione anziani. Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità delle persone anziane. In: Paglia V. L'età da inventare, la vecchiaia fra memoria e eternità. Segrate, Milano: Edizioni Piemme, 2021.
4. Collicelli C. Women and health in Italy: steps taken and challenges to be faced. Ital J Gender-Specific Med 2022; 8: 112-22.
5. Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere. Indice sull'uguaglianza di genere. Disponibile su: <https://bit.ly/3NlS4bE>
6. FAVO. Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Edizioni XI, XII. Quotidiano Sanità 2019-2020. Disponibile su: <https://bit.ly/3Hei9W7>
7. De Lorenzo F, Collicelli C, De Lorenzo F, et al. Indagine sui costi sociali ed economici del cancro nel 2018. Rapporto Favo XI edizione, 2019. Disponibile su: <https://bit.ly/3n93chn>
8. Collicelli C, Durst L, De Lorenzo F, et al. Condizione lavorativa dei malati oncologici e disagio economico e psicologico. Rapporto Favo edizione XII, 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/3nayRiy>
9. Collicelli C, Durst L, De Lorenzo F, et al. Condizione lavorativa e disagio economico dei caregiver dei malati oncologici. Rapporto Favo edizione XIII, 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/3AR9MMZ>
10. Fleischmann M, Xue B, Head J. Mental health before and after retirement-assessing the relevance of psychosocial working conditions: the Whitehall II Prospective Study of British Civil Servants. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2020; 75: 403-13.
11. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. Disponibile su: <https://uni.cf/2yFQJEY>
12. Santos-Pais M. A Human rights conceptual framework for UNICEF. Disponibile su: <https://bit.ly/3lPmfwk>
13. Aodi F. Immigrazione irregolare. Amsi: da anni si stanno curando i sintomi e gli effetti collaterali; urge una conferenza internazionale euro-mediterranea. 12 aprile 2023. Disponibile su: <https://bit.ly/3UTWIPS> [ultimo accesso 24 luglio 2023].



www.cortiledeigentili.com



CORTILE dei *Gentili*
IL DIALOGO TRA CREDENTI E NON CREDENTI