

IL FUTURO DELLA SALUTE

Di Luca Munari

Nel 1978 la dichiarazione di Alma-Ata proponeva come obiettivo primario dei servizi sanitari il raggiungimento entro l'anno 2000 di un livello di salute soddisfacente e compatibile con lo svolgimento di una vita socialmente ed economicamente produttiva, per tutta la popolazione mondiale.

Quasi contemporaneamente, la legge 833 istituiva in Italia il Servizio Sanitario Nazionale trasferendo allo Stato la responsabilità di programmazione, gestione ed erogazione dell'assistenza sanitaria sull'intero territorio nazionale, fino ad allora fondata sul sistema mutualistico. E' nata così la sanità pubblica intesa come “promozione della salute, prevenzione delle malattie, prolungamento della vita attraverso le energie organizzate della società” (Acheson Report, 1988).

Gli effetti pratici di questa nuova impostazione si sono manifestati in realtà molto più tardi quando, a partire dagli anni 90, lo scenario economico e demografico europeo ha progressivamente indotto i governi ad adottare misure efficaci di controllo della spesa sociale.

Una prima serie di conseguenze è riconducibile al dibattito sull' “appropriatezza” degli interventi sanitari. Mutuato dalla lingua e dalla cultura anglosassone, questo termine esprime il tentativo di definire a priori la validità di un orientamento clinico, in base alla verifica di alcuni criteri espliciti. Secondo la prospettiva dell'appropriatezza, infatti, il comportamento del medico non sarebbe legittimato dal suo esito operativo (uno stato di benessere o di sollievo del singolo paziente) ma dal grado di conformità ad un dato accreditato come valido "in media" da un'analisi formale dell'evidenza scientifica disponibile. Nella sua applicazione pratica, tuttavia, l'*evidence-based medicine* non riduce sostanzialmente il livello di discrezionalità che inevitabilmente caratterizza un servizio alla persona di natura squisitamente professionale quale è il rapporto di cura. Infatti, la quantità di dati attualmente disponibili consente la valutazione di una proporzione limitata degli interventi sanitari quanto alla presenza o meno di prove della loro efficacia. Inoltre, le evidenze scientifiche eventualmente raccolte a sostegno o a sfavore di un provvedimento clinico sono difficilmente trasferibili al particolare contesto in cui il medico si trova ad operare. Infine, il bisogno assistenziale del paziente può presentarsi in forma molto più articolata ed indeterminata rispetto allo specifico quesito che il ricercatore esprime all'inizio della sua indagine. Pertanto, una rigida applicazione dei principi della Medicina delle prove di efficacia risulta altrettanto viziata da elementi di soggettività quanto le consuetudini comportamentali che essa si propone di contrastare. Un secondo filone originato dallo sviluppo della sanità pubblica è quello dei “modelli sanitari”, intesi come l'assetto normativo che precede e determina (anziché seguire come tentativo di coordinamento) la composizione dell'offerta di servizi destinati ad incontrare il bisogno di salute della popolazione. Volendo garantire all'intera popolazione un pacchetto omnicomprendente di servizi senza assicurare da un lato il governo della domanda e dall'altro un adeguato controllo dimensionale e qualitativo della struttura di offerta, nei primi anni 90 la legge 833 aveva prodotto nel nostro sistema sanitario una crisi finanziaria senza precedenti. Per tentare una soluzione a questo problema, i successivi decreti legislativi 502/92 e 517/93 hanno avviato una seconda riforma del servizio sanitario nella direzione di una progressiva responsabilizzazione degli erogatori. Tale obiettivo è stato perseguito con l'introduzione di una serie di elementi innovativi orientati, nel complesso, alla cosiddetta "aziendalizzazione" della rete di offerta:

- La sostituzione del finanziamento a consuntivo con quello a prestazione, attraverso la definizione di tariffe predeterminate per le diverse modalità di assistenza erogata;

- La sostituzione del sistema di contabilità finanziaria di tipo pubblico con quello economico-patrimoniale caratteristico delle aziende private;
- L'attribuzione alle unità sanitarie locali del ruolo di agenzie incaricate di individuare i bisogni assistenziali della popolazione di competenza, stabilirne le priorità e comporre un'adeguata offerta di servizi sanitari amministrando una quota del fondo sanitario proporzionale al numero di assistiti.

Accanto a queste scelte organizzative, la riforma stabiliva un rafforzamento del momento programmatico con l'istituzione del piano sanitario nazionale (PSN) e la definizione di livelli uniformi di assistenza che garantissero un'equa distribuzione degli interventi sanitari su tutto il territorio. Inoltre, il governo del processo di attuazione degli obiettivi definiti dal PSN veniva affidato alle Regioni, attraverso l'elaborazione di un decreto di riordino della rete di offerta e di un piano sanitario che adattasse al contesto locale gli indirizzi indicati dal governo centrale. Si creavano così i presupposti per la realizzazione di servizi sanitari regionali. Negli anni seguenti, tuttavia, il processo di differenziazione delle politiche regionali in ambito sanitario si è attivato a diverse velocità, in funzione anche delle diverse potenzialità di autofinanziamento esistenti a livello locale che ovviamente condizionano il grado di dipendenza dall'impostazione ministeriale.

Nelle sue linee essenziali, il piano sanitario in vigore si propone come un "patto di solidarietà per la salute" che coinvolge i diversi attori del sistema sanitario (operatori, istituzioni, altri settori di intervento pubblico) ma anche il cittadino, al quale lo Stato chiede "l'assunzione di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale", a fronte della garanzia di un impegno a perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute
- Contrastare le principali patologie (cardio/cerebrovascolari, tumori, malattie infettive, incidenti e malattie professionali)
- Migliorare il contesto ambientale
- Rafforzare la tutela dei soggetti deboli
- Portare la sanità italiana in Europa

Nell'articolazione del PSN 1998-2000, ciascuno di questi obiettivi è stato tradotto in dati epidemiologici, misure di risultato, azioni programmate e attendiamo dalla relazione ministeriale sullo stato sanitario del Paese, prevista per il 2001, un giudizio a consuntivo dell'efficacia di questa impostazione. Nel frattempo, è già possibile individuare alcune criticità che dovranno essere affrontate nel futuro sviluppo del sistema:

1. In una prospettiva orientata alla prevenzione acquistano sempre maggior risalto i cosiddetti "determinanti non sanitari della salute" reciprocamente interdipendenti quali ad esempio: reddito, scolarità, categoria sociale. E' necessario quindi prevedere un coinvolgimento di settori di intervento esterni a quello sanitario orientato, prima che a segmenti particolari della popolazione, ad una valutazione della qualità di vita "media" espressa dalla società. Limitarsi a indicazioni riguardanti lo stile di vita senza proporre soluzioni significa attribuire al cittadino responsabilità riguardo alla propria salute che, di fatto, non è in grado di assumersi.
2. Con un orizzonte temporale triennale, che include la fase di avvio ed implementazione delle azioni programmate, ci si domanda quali valutazioni sia possibile condurre circa i risultati ottenuti sugli specifici obiettivi di salute considerati.
3. Per risolvere il problema di come garantire un'universalità d'accesso compatibile con i vincoli di bilancio, il PSN introduce la "valutazione professionale della necessità di interventi sanitari". Questo concetto è successivamente perfezionato nel DL 229, in base al quale "sono escluse dai livelli di assistenza erogati a carico del SSN le tipologie di assistenza (...) la cui efficacia non è

dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili...". Questa impostazione introduce il rischio di distinguere fra una domanda "qualificata", per la quale il SSN è disponibile a comporre un'offerta di servizi adeguata, ed una non riconosciuta, quindi inesistente nell'ambito del servizio pubblico, che deve trovare da sé una risposta. Non a caso, l'andamento della spesa sanitaria italiana negli ultimi 5 anni ha mostrato come una riduzione della copertura statale della spesa sanitaria in rapporto al reddito del Paese al di sotto del 7-8% del prodotto interno lordo si accompagni ad un incremento compensatorio della spesa privata. L'investimento pubblico in salute ammette quindi una soglia minima accettabile corrispondente, non a caso, all'entità della spesa sanitaria dei principali Paesi europei, superata la quale i costi dell'assistenza vengono trasferiti sul cittadino.

4. Questa realtà può essere certamente letta come espressione di "condivisione del rischio finanziario", ammessa fra i principi ispiratori del PSN, ma contraddice l'intenzione che "il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti", introducendo elementi di iniquità sociale.

5. Appare inoltre ingenua e preoccupante la prospettiva di un'applicazione "normativa" (quando non ideologica) della Medicina delle prove di efficacia. Pur trattandosi di un riferimento di indubbio valore per il clinico nello svolgimento quotidiano della professione, essa offre a tutt'oggi più zone d'ombra che certezze, dimostrando come la quantità di informazioni disponibile su gran parte dell'attività assistenziale comunemente applicata non sia sufficiente a consentire una valutazione formale e attendibile dei benefici effettivamente prodotti in termini di salute. Se l'esercizio della medicina dovesse limitarsi a ciò che è possibile fondare sull'evidenza scientifica la maggior parte dei problemi di salute del paziente dovrebbe essere affrontato in una sede diversa da quella del rapporto con il proprio medico.

6. Fra le strategie operative del PSN viene frequentemente citata la deospedalizzazione ed il ricorso alle cure domiciliari, quale fattore di risparmio. Il recente rapporto Censis ha però evidenziato come la spesa delle famiglie per l'assistenza ad anziani non autosufficienti e disabili (ovviamente non prevista tra i "livelli essenziali"), raggiunga attualmente un valore complessivo a 140 mila mld, superiore all'ammontare del fondo sanitario nazionale. Questo ruolo sussidiario delle famiglie, da cui il servizio pubblico trae vantaggio, andrebbe ragionevolmente computato fra le risorse assistenziali a disposizione del Servizio Sanitario e adeguatamente tutelato anche in termini finanziari.

L'emergere di un crescente coinvolgimento del cittadino che tende a comporre "in proprio" il pacchetto di servizi assistenziali di cui sente la necessità pone seri interrogativi circa la legittimità di un rigido intervento programmatico da parte del governo centrale. Quasi che la missione del Servizio Sanitario Nazionale non fosse rispondere al bisogno di salute della popolazione come si esprime, ma come definibile a priori in base agli strumenti interpretativi e finanziari a disposizione del governo.

L'esperienza della Regione Lombardia con il decreto di riordino (LR 31/97) si pone in alternativa a questa impostazione. Il tentativo è quello di costruire un sistema sanitario che da fiducia al cittadino assicurando la copertura delle spese sanitarie là dove egli, liberamente per quanto possibile, sceglie di usufruire delle prestazioni necessario. Gli elementi fondamentali di questo modello sono:

- separazione tra finanziatore (ASL) ed erogatore (ospedali, poliambulatori, laboratori, medicina generale, RSA ecc.)
- rimborso delle prestazioni in base a tariffe predeterminate
- composizione della rete di offerta con il concorso di tutte le strutture disponibili, pubbliche e private, in condizioni di sostanziale parità operativa, purché accreditate per l'erogazione dei servizi

- obbligo di certificazione a norma ISO 9002 per tutte le aziende sanitarie
- concorso di enti privati al finanziamento della realizzazione di progetti per l'adeguamento tecnologico ed organizzativo delle strutture sanitarie
- garanzia dell'esistenza di un sistema permanente di controllo della qualità delle prestazioni erogate, associato a meccanismi incentivanti/deterrenti in caso di mancato rispetto delle condizioni del servizio da parte degli erogatori (es.: liste d'attesa)

Anche per questo sistema una valutazione di efficacia è troppo precoce. E' un fatto, tuttavia, che la Lombardia si colloca agli ultimi posti come valore complessivo della spesa e al settimo posto come disavanzo pro-capite. Inoltre, con una percentuale di autofinanziamento superiore all'80% è il principale esportatore di prestazioni sanitarie alle altre Regioni italiane dimostrando quindi la possibilità di creare valore per l'intero Servizio Sanitario.

In conclusione, lo scenario attuale evidenzia la difficoltà di subordinare un efficace presidio della salute sull'intero territorio nazionale ad un rigido impianto programmatico. Ciò soprattutto per l'impossibilità di rilevare in tempo utile eventuali carenze ed attuare i necessari correttivi, e la mancanza di un'integrazione ottimale con la libera iniziativa locale. E' indispensabile, per il futuro, lavorare alla costruzione di un sistema sanitario più articolato che si avvantaggi del concorso delle diverse realtà regionali, valorizzandone iniziativa e specificità a favore di una più completa tutela del cittadino.