theFuture ofScience andEthics

Rivista scientifica a cura del Comitato Etico
della Fondazione Umberto Veronesi

Volume 2 **numero 2** ■ dicembre 2017

Fondazione Umberto Veronesi
—per il progresso delle scienze

theFuture
ofScience
andEthics

Fondazione
Umberto Veronesi
– per il progresso
delle scienze

theFuture ofScience andEthics

Rivista scientifica
del Comitato Etico
della Fondazione Umberto Veronesi
ISSN 2421-3039
ethics.journal@fondazioneveronesi.it
Periodicità semestrale
Piazza Velasca, 5
20122, Milano

Volume 2 **numero 2** ■ Dicembre 2017*

SOMMARIO

ARTICOLI

CALL FOR PAPERS: CURABILI E INCURABILI

DOCUMENTI DI ETICA E BIOETICA

RECENSIONI

NEWS *a cura di Giorgia Adamo*

theFuture ofScience andEthics

** Il numero è stato chiuso il 31 gennaio 2018.*

Call for papers: "Curabili e incurabili"

Il Servizio Sanitario Nazionale e le relative criticità: considerazioni e spunti di riflessione

The National Health System and its critical issues: considerations and insights

ALFONSO MARIA ROSSI BRIGANTE
alfonso.rossibrigante@gmail.com

AFFILIAZIONE
Presidente Onorario della Corte dei conti

ABSTRACT

Dopo aver descritto il Sistema Sanitario Nazionale, questo lavoro si concentra su alcune delle criticità di natura strutturale, sociale, o storica che ne impediscono il corretto funzionamento. L'analisi di tali criticità serve all'autore per proporre possibili soluzioni volte a promuovere e rafforzare il patto di fiducia con il cittadino.

ABSTRACT

Having described the National Health Care System, this work focuses on several structural, social and historical issues that prevent it from appropriate and efficient functioning. The analysis of said issues offers a starting point for proposing possible solutions aimed at promoting and strengthening the citizen's trust in this field.

KEYWORDS

Sistema Sanitario Nazionale;
National Health Care System

Salute
Health

Cittadino
Citizen

Diritto alla Salute
Right to Health

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si colloca al terzo posto nel *ranking* mondiale dell'efficienza. Questo è quanto evidenziato nel 2014 dalla piattaforma multimediale computerizzata Bloomberg, in esito ai dati forniti dalla Banca Mondiale, dal Fondo monetario internazionale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Più recentemente, a margine della Giornata per la ricerca 2017 organizzata dal Policlinico A. Gemelli di Roma, l'economista e filosofo indiano, Amartya Sen, premio Nobel per l'economia 1998, ha tenuto a sottolineare in merito al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) Italiano quanto segue:

«"Ogni sistema sanitario può essere migliorato e questo vale anche per l'Italia, però se noi paragoniamo il sistema sanitario italiano a tutti i sistemi sanitari del mondo possiamo vedere che il sistema sanitario italiano ha degli aspetti molto positivi e in effetti è tra i migliori al mondo". Il sistema sanitario italiano "fornisce servizi a tutti i cittadini e questo lo rende migliore rispetto al sistema sanitario statunitense che non garantisce terapie a tutti i cittadini", ha aggiunto il premio Nobel, sottolineando che "con il nuovo governo di Trump la situazione negli Stati Uniti andrà peggiorando"»[1].

Il SSN italiano si colloca, dunque, tra i migliori del mondo e viene preso a modello all'estero.

È evidente che proprio a fronte della sua universalità, elemento questo che ne rappresenta, all'esterno, il fiore all'occhiello, il nostro Sistema deve confrontarsi, giornalmente, con sfide sempre più complesse, tali da addirittura metterne in discussione, nel dibattito interno, perfino la stessa esistenza, almeno secondo gli attuali elementi distintivi. Sfide che un Sistema come quello americano, mutuando l'esempio portato nella succitata dichiarazione, evidentemente connotato da altri e differenti elementi distintivi, non si troverebbe mai ad affrontare.

A fronte di tali premesse e nella consapevolezza che, comunque, il nostro Sistema rappresenta ancora oggi, pur con tutte le sue contraddizioni e difficoltà, fonte continua d'ispirazione in tutto il mondo, si intende qui fornire, in modo necessariamente sintetico e senza alcuna pretesa di completezza, specifici spunti di riflessione sull'attuale situazione del SSN. Dopo aver doverosamente descritto

nei tratti peculiari il Sistema, l'esame si concentrerà, in particolare, su alcune delle criticità principali che ne affliggono il funzionamento. Criticità legate non solo a disfunzioni più o meno fisiologicamente insite nello stesso e derivanti, almeno in parte, anche dalla particolare congiuntura storica, sociale ed economica che l'Unione europea e il Paese, ormai da qualche anno, si trovano ad affrontare, ma anche a comportamenti e approcci dei singoli e della collettività non sempre adeguati e in linea con i necessari parametri di efficienza e appropriatezza.

1. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: DEFINIZIONE E TRATTI PECULIARI

Il SSN attua, attraverso una dettagliata e organica disciplina, l'art.32 della Costituzione.

Il Servizio, istituito nel 1978, nasce sulle ceneri del precedente sistema mutualistico, inglobando in sé tutta l'esperienza, la ricchezza, la professionalità, le risorse di quel mondo solidale che, da sempre, si era fatto carico della cura e dell'assistenza soprattutto dei poveri attraverso servizi e attività che ancor oggi mantengono un significato emblematico della generosità dei singoli e degli organismi religiosi. Si pensi, ad esempio, alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), alle Compagnie delle opere e ad altri organismi similari soprattutto del mondo religioso.

Non è un caso che tra gli obiettivi del nuovo Servizio - come si legge nella relazione al disegno di legge presentato alla Camera dei Deputati dal Governo il 16 marzo 1977 - siano ricompresi sia «*la tutela "globale" della salute, fondata sulla prevenzione delle cause di insorgenza delle malattie e sulla predisposizione di strutture adeguate per gli interventi sia a livello individuale che collettivo*» sia l'«*impegno programmato delle risorse reali dello Stato e degli enti locali, tale da assicurare, anche nel settore sanitario, una crescita dei livelli di libertà, di democrazia e di giustizia sociale per gli individui, per i gruppi sociali, in particolare per quelli che dispongono di più limitati mezzi materiali, per la comunità*»[2].

Il SSN trae infatti il proprio fondamento da una forte componente solidaristica che costituisce la prima faccia di una stessa medaglia, dove l'universalismo, l'altra faccia, diviene principio operativo dell'intero sistema, assumendo la salute non solo come irrinunciabile bene individuale, ma anche come imprescindibile risorsa della comunità. In tale ottica, dunque, la tutela della salute fisica e psichica trova concretizzazione e sviluppo necessariamente nel rispetto della dignità e della libertà della persona, intesa sia come singolo sia come parte di un insieme più o meno organizzato di individui.

Il Servizio, in particolare, è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

Al riguardo si consideri, oltre alla lettera del testo costituzionale che, come detto, si riferisce indistintamente a "individuo" e "collettività", anche il costante orientamento espresso dalla Corte Costituzionale (cfr. da ultimo sent. n. 61/2011), secondo il quale, oltre al cittadino italiano, anche «*lo straniero è titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona ed in particolare con riferimento al diritto all'assistenza sanitaria che esiste un nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione di quel diritto*»[3].

L'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale spetta, nel rispetto delle competenze individuate dalla legge, allo Stato, alle Regioni e agli Enti Locali territoriali, con garanzia di partecipazione ai cittadini. Nel Servizio medesimo confluiscono il collegamento e il coordinamento delle attività e degli interventi di tutti gli altri soggetti che svolgono nel settore sanitario e socio-sanitario attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

I principi fondamentali su cui si basa il SSN sono:

- *universalità*: estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione;

- *uguaglianza*: accesso alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;

- *equità*: parità di condizioni di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute; il principio in questione costituisce la garanzia per il superamento delle diseguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;

- *superamento delle disuguaglianze*;

- *centralità della persona* e affermazione dei suoi diritti;

- *responsabilità pubblica della tutela della salute*, espressa dai diversi livelli istituzionali;

- *valorizzazione delle professionalità degli operatori sanitari*:

- *integrazione socio-sanitaria*.

Il SSN realizza i suddetti principi attraverso la definizione e l'aggiornamento di Livelli Uniformi di Assistenza (LEA). Detti Livelli sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il SSN eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un *ticket*[4], indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Risultano, quindi, escluse dai LEA:

1. tutte le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali;

2. le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti;

3. le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre.

I LEA sono stati definiti a livello nazionale, per la prima volta, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001, entrato in vigore nel 2002[5]. È prevista per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma mai inferiori) a quelle incluse nei LEA. Questo comporta che i LEA possono essere diversi da Regione a Regione, fermo restando che quelli definiti a livello nazionale vengono garantiti su tutto il territorio italiano.

I Livelli sono organizzati in tre grandi aree:

1. *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);

2. *assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

3. *assistenza ospedaliera*, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, etc.

2. LE CRITICITÀ DEL SSN: IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA E LA RELATIVA "SOSTENIBILITÀ"

L'attuale assetto del SSN italiano è ispirato a un modello integrato pubblico/privato, con completo finanziamento pubblico. Questo, però, non esaurisce il comparto. Al riguardo, si consideri che la spesa sanitaria, in Italia, è complessivamente finanziata mediante due grandi voci:

1. le risorse pubbliche, che, come detto, finanziano il SSN, assicurando i succitati principi di universalità, equità e solidarietà;

2. le risorse private, che costituiscono la c.d. sanità alternativa, composta da un insieme di voci comprendenti, tra le altre, anche la c.d. sanità collettiva integrativa e la c.d. sanità individuale (fondi sanitari integrativi e polizze assicurative).

La combinazione dei fenomeni degli ultimi anni ha messo fortemente in discussione la suddetta configurazione, come emerge dalla composizione della spesa sanitaria che, nel 2015, è ammontata a € 147,295 miliardi.

Il "Rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblica" della Corte dei conti 2017[6] certifica, infatti, € 112,408 miliardi di spesa pubblica e € 34,887 miliardi di spesa privata, di cui 4,476 miliardi intermediata (€ 3,574 miliardi da fondi sanitari integrativi e € 0,902

miliardi da polizze assicurative) e € 30,411 miliardi di spesa *out-of-pocket*. In altri termini, il 23,7% della spesa sanitaria è privata e di questa l'87% è *out-of-pocket*, cioè direttamente sostenuta, senza intermediari, dal cittadino.

Se questo è il modello generale, ciò cui si è assistito negli anni scorsi e continua a verificarsi anche nel presente è purtroppo rappresentato dal progressivo ridursi delle risorse pubbliche destinate al Sistema.

Nel Documento di Economia e Finanza (DEF) 2013 viene contemplata, per la prima volta, l'ipotesi di ripensare il Servizio Sanitario Nazionale non più su basi universalistiche, ma secondo modalità mirate a garantire l'assistenza solamente "*a chi ne ha effettivamente bisogno"*. In questo senso, si legge nel documento, «il sistema sanitario dovrà essere *[…] sempre più "selettivo", occorrendo ridisegnare il perimetro dei LEA e adottare l'approccio dei c.d. Health Technology Assessment (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali dimostratesi non solo maggiormente rispondenti al criterio del rapporto costo-efficacia, ma anche preferite da pazienti e cittadini, in modo da assicurare, a parità di risorse disponibili, il massimo possibile in termini di salute*»[7].

I dati confermano (cfr. Relazione della XII Commissione permanente "Igiene e Sanità" del Senato, in data 23 giugno 2015, sullo "Stato e sulle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità"[8] come, in particolare, il nostro Sistema Sanitario si trovi in una situazione di "logoramento". Per l'Italia i dati OCSE[9] indicano una costante, ancorché lieve, tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa privata fino al 2011 e una sua riduzione negli anni successivi. Più nel dettaglio i dati ISTAT mostrano che negli anni Novanta i tagli alla spesa pubblica sono stati in parte compensati da un aumento di quella privata, mentre negli anni più recenti il fenomeno si è arrestato (probabilmente in relazione alla crisi economica).

Il termine *sostenibilità*, divenuto ormai di uso comune in riferimento alla limitatezza delle risorse e alla necessità di collocarle in modo quanto più possibile produttivo in termini di risultati, viene usato regolarmente anche in riferimento al SSN. Al riguardo indicativo risulta l'orientamento più volte espresso dalla Corte Costituzionale (cfr. da ultimo sent. n. 91/2012 10), secondo il quale «*l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute e in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi di finanza pubblica e del contenimento della spesa*».

Se, dunque, risulta legittimo intervenire finanziariamente in termini restrittivi sul Sistema, è anche da sottolineare che, come ben evidenziato all'interno dell'introduzione al "2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale"[11] elaborato dalla Fondazione GIMBE, presentato nel giugno scorso:

- in tutti i Paesi industrializzati non esistono evidenze che dimostrano una relazione diretta tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti per la popolazione;

- le problematiche legate alla "sostenibilità" del SSN, pur essendo salite alla ribalta a causa della crisi economica, non derivano esclusivamente da quest'ultima, ma traggono fondamento da cause ben più risalenti nel tempo, su alcune delle quali si avrà modo di riflettere fra breve (cfr. Par. 4).

In altri termini, la progressiva diminuzione delle risorse, pur senza dubbio influendo, non costituisce, di per sé, la causa unica o, comunque, principale dell'attuale situazione di sofferenza del SSN, ma solamente una delle concause.

Nella nota di aggiornamento al DEF 2017[12], approvata dal Consiglio dei Ministri lo scorso 23 settembre, non è prevista, in termini finanziari per la sanità pubblica, alcuna variazione rispetto agli orientamenti precedentemente evidenziati, stimando € 114,138 miliardi di spesa pubblica per il 2017, € 115,68 miliardi nel 2018, € 116,105 nel 2019 e € 118,570 nel 2020. Cifre assolute che corrispondono a una crescita percentuale di 1,4% nel 2017, 0,8% nel 2018, 0,9% nel 2019 e 2,1% nel 2020. Secondo lo stesso documento, il rapporto tra spesa sanitaria e PIL dal 6,6% del 2017 diminuirà al 6,4% nel 2019 per scendere ulteriormente al 6,3% nel 2020, percentuali mai raggiunte in passato. Sono dati percentuali che collocano l'Italia ben al di sotto della media degli Stati europei relativamente agli investimenti in salute. Si ricorda, al riguardo, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fissato al 6,5% la soglia di allarme, al di

sotto della quale, oltre la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure, si riduce anche l'aspettativa di vita delle persone.

Allo stato attuale, dunque, deve prendersi atto che dalla ripresa economica più o meno faticosamente in atto non deriverà alcuna crescita proporzionale del finanziamento pubblico del SSN. Se inizialmente la progressiva riduzione degli investimenti nella sanità pubblica poteva essere (anche) giustificata come una necessaria ripercussione della crisi economica, la stessa sembrerebbe costituire, oggi, un dato consolidato e, almeno apparentemente, inarrestabile.

A meno di modificazioni in sede di approvazione della legge di stabilità, due saranno le probabili conseguenze, peraltro, come detto, da inserirsi in un *trend* già in essere anche negli anni scorsi:

1. aumento della spesa privata (+ 4,6% nel triennio 2013/2016) ormai giunta a € 35,2 miliardi e superiore alla media EU ferma a € 28 miliardi;

2. rinuncia alle cure: sono quasi 12 milioni i cittadini italiani che nello stesso triennio 2013/2016 hanno scelto di non curarsi, altri 8 milioni hanno scelto la via dell'indebitamento per non ritardare trattamenti indispensabili[13].

3. LE CRITICITÀ DEL SSN: I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) E LA RELATIVA "SOSTENIBILITÀ"

Come accennato nella parte introduttiva dell'articolo, i LEA rappresentano, sostanzialmente, le prestazioni sanitarie che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*). Per il tramite dello strumento programmatorio dei LEA, lo Stato agisce sulla propria offerta e la rimodula, aggiornandola, in funzione delle rilevate esigenze della popolazione. I LEA rappresentano, dunque, lo specchio del SSN, l'interfaccia operativa tra il Sistema stesso e il paziente che ne percepisce, di fatto, l'esistenza allorché si rivolge alla struttura sanitaria per usufruire della prestazione e può farlo in regime agevolato.
Con DPCM del 2 gennaio 2017 14 sono stati approvati i nuovi LEA, che sono entrati in vigore il 28 marzo 2017, dopo sedici anni circa dai precedenti. Le prestazioni sono state individuate dal Ministero della Salute sulla base di principi di effettiva necessità assistenziale, di efficacia e di appropriatezza. Di seguito, in estrema sintesi, le novità significative del nuovo elenco di prestazioni:

- numerosi interventi eseguiti in regime di ricovero sono stati trasferiti in regime ambulatoriale;

- è stata ampliata l'offerta dei vaccini;

- sono state introdotte sei nuove malattie croniche;

- è stato aggiornato l'elenco delle malattie rare con centodieci voci in più;

- è stato aggiornato il nomenclatore degli ausili protesici;

- le prestazioni relative alla procreazione assistita vengono erogate a livello ambulatoriale;

- è stato aggiornato l'elenco delle prestazioni per la diagnosi e cura dell'autismo;

- è stata prevista la possibilità di assistenza per i pensionati residenti all'estero, per i cittadini extracomunitari con o senza permesso di soggiorno.

È stata, inoltre, istituita a livello ministeriale, una commissione per il costante aggiornamento dei LEA e un Comitato LEA per verifica della corretta applicazione nell'erogazione delle prestazioni, rispettando i principi dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Nel documento, pur a fronte di un ampliamento delle prestazioni, non è prevista alcuna metodologia esplicita per l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA. Volendo, a fronte di quanto sopra, incrociare il dato economico finanziario con quello sanitario, quel che emerge dall'esame congiunto del DPCM 2017 e del contemporaneo DEF 2017 lascia quanto meno perplessi.

Da un lato, infatti, si assiste a un ampliamento delle prestazioni in assenza di specifiche indicazioni per l'inserimento/esclusione delle stesse dai LEA e, dall'altro, si procede, in continuità con quanto già fatto negli anni precedenti, al definanziamento del SSN. Sulla carta, oggi, i cittadini italiani dispongono del *paniere LEA* più ricco d'Europa, ma al tempo stesso il DEF 2017 conferma che nel nostro Paese la sanità è agli ultimi posti per la spesa pubblica.

In siffatta situazione, il pericolo concreto è che il SSN non sia in grado di coprire adeguatamente i nuovi LEA. In questo senso, sarebbe auspicabile

che la Commissione Nazionale LEA, oltre al *delisting* di quelle obsolete, si occupasse anche di rivalutare, alla luce di criteri preventivamente individuati, tutte le prestazioni attualmente inserite nei LEA.

4. LE CRITICITÀ DEL SSN: SPRECHI/INEFFICIENZE E RELATIVI CORRETTIVI, UNA SFIDA DA RACCOGLIERE

L'aggiornamento delle stime porta a calcolare € 22,51 miliardi di sprechi applicando i parametri OCSE[15] (1/5 della spesa sanitaria) sul consuntivo 2016 che è di € 112,542 miliardi, secondo quanto riportato nel corso dell'audizione sul DEF 2017 della Corte dei Conti presso le Commissioni Bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati del 19 aprile 2017[16].

Il Report OCSE del gennaio 2017[17] considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

1. smettere di fare cose che non generano *value* (da intendersi come rapporto tra *outcome* e costi, dove il primo è rappresentato da esiti favorevoli – effetti avversi);

2. utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.

A fronte di quanto sopra, è urgente porre in essere le seguenti azioni di contrasto:

1. limitare/estinguere il sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci e/o inappropriate a tutti i livelli dell'assistenza;

2. emanare, su scala nazionale e locale, specifica disciplina in materia di determinazione dei costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, etc.);

3. procedere a un migliore coordinamento tra ospedale e territorio (cure primarie), con riferimento all'individuazione del corretto *setting* assistenziale presso il quale indirizzare il paziente;

4. potenziare il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari;

5. semplificare, a ogni livello, le procedure amministrative riguardanti gli adempimenti burocratici connessi all'ambito sanitario;

6. porre in essere misure finalizzate a prevenire tutti i comportamenti opportunistici e/o illeciti in generale rilevabili in ambito sanitario (incompatibilità/conflitti d'interesse, corruzione, utilizzo distorto da parte del personale medico del regime libero professionale *intra/extramoenia*, etc.).

Contestualmente ai suddetti interventi, è anche da sottolineare che l'esperienza di questi anni ha più che mai insegnato che risultati efficaci, a ogni livello, possono essere conseguiti esclusivamente in presenza di un consenso quanto più diffuso di tutti i soggetti a diverso titolo coinvolti negli ambiti di riferimento. Su questo aspetto si avrà modo di tornare in sede di conclusioni.

5. FRAMMENTARIETÀ E DISUGUAGLIANZE DEL SISTEMA: SPENDING REVIEW E PIANI DI RIENTRO

In materia di sanità, come sopra evidenziato, le competenze istituzionali sono distribuite fra Stato e Regioni. Al primo, in particolare, è demandata la determinazione dei LEA, alle seconde la tutela della salute, in conformità con il riparto di competenze previsto ai sensi dell'art. 117 Cost.

Alla luce del quadro costituzionale, il SSN appare configurarsi secondo un modello uniforme alla base, nel garantire all'intera collettività i Livelli Essenziali di Assistenza, e fortemente decentrato in superficie, laddove configura in capo alle singole Regioni la responsabilità di realizzare concretamente e operativamente l'attività assistenziale. Sotto quest'ultimo profilo, è evidente che il ruolo decisivo sia proprio del livello regionale.

La particolarità del sistema ha generato, tuttavia, negli anni notevoli criticità, legate soprattutto alla progressiva polverizzazione delle normative locali che, di fatto, hanno finito per frammentare l'unico Servizio Sanitario Nazionale in venti diversi Servizi Sanitari Regionali; soggetti questi ultimi certamente non collocabili, in una ipotetica scala di efficienza, tutti allo stesso livello, ma anzi in possesso di caratteristiche o, per meglio dire, di negatività tali da riflettere e acuire anche in ambito sanitario e socio sanitario quelle stesse profonde diseguaglianze che, da sempre, hanno afflitto

e affliggono il nostro Paese nella sua interezza. Risultato di tale situazione è stato il nascere e lo svilupparsi, soprattutto al Centro-Nord, di Servizi Sanitari Regionali in grado di governarsi e gestire la propria spesa in modo sostanzialmente razionale e adeguato e, soprattutto al Centro-Sud, Sistemi Sanitari Regionali che, rivelandosi inadeguati in tal senso, hanno sempre più legato la propria esistenza al finale ripiano delle spese operato a livello centrale, finendo così per aggravare lo stato dell'intero Sistema Sanitario Nazionale.

Conseguenza di quanto sopra è stato, com'è noto, l'avvio della *Spending Review* e l'adozione obbligatoria nelle Regioni *meno virtuose* dei c.d. piani di rientro. Senza entrare nel merito del contenuto specifico dei piani, basti in questa sede evidenziare che all'interno degli stessi erano previste sia misure contenitive in materia di spesa sia interventi strutturalmente mirati alla riorganizzazione dei singoli Servizi Sanitari Regionali. È evidente che, per ottenere effetti realmente modificativi del Sistema, queste misure sarebbero dovute essere realizzate quanto più possibile contestualmente. Prendendo, tuttavia, a esempio la Regione Lazio, sottoposta da oltre dieci anni a piano di rientro – ma la situazione appare ragionevolmente estendibile anche alle altre regioni interessate – quel che si è potuto registrare è stata l'accelerazione delle sole misure di contenimento della spesa, per il tramite, peraltro, di interventi generali e, nella maggior parte dei casi, non condivisi con le parti sociali e/o associazioni di categoria: si pensi, in particolare, al blocco del cd *turnover* del personale pubblico ovvero ai tagli lineari dei budget di spesa degli erogatori privati accreditati, a fronte di un rallentamento, dovuto inevitabilmente anche al pesantissimo contenzioso innescatosi a seguito dei primi, delle misure di riorganizzazione interna: si pensi solamente alla rete ospedaliera ovvero a quella della specialistica ambulatoriale ancora, dopo dieci anni, in fase di implementazione.

Risultato di tutto questo è stato ed è, non solo, una forte diseguaglianza fra cittadini appartenenti a Regioni diverse in conseguenza di determinazioni adottate, o meglio, non adottate, ma anche un inasprirsi dei conflitti sociali con evidenti e fortissime ricadute anche sulla qualità dei servizi.

6. LE CRITICITÀ DEL SSN: INAPPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI, DAL "CITTADINO-PROTAGONISTA" AL "PAZIENTE-PERIFERICO"

Come illustrato in precedenza, il SSN pone al centro del proprio essere il cittadino, inteso nel senso lato già descritto, quale protagonista assoluto del sistema. È il "*cittadino-protagonista*" che, prima ancora di diventare "*paziente*", è in grado di influenzare direttamente, con le proprie scelte consapevoli, l'appropriatezza della domanda di prestazioni e, di conseguenza, l'uso appropriato dei servizi sanitari, di fatto determinando, semplicemente con il proprio comportamento, situazioni di maggiore giustizia sociale e di maggiore disponibilità/capacità/tempestività da parte del Servizio Sanitario stesso nel rispondere ai reali bisogni di salute del singolo e della collettività.

È il "*cittadino-protagonista*", in particolare, la cartina di tornasole dello stato di salute del SSN. È lui il soggetto che ricorre, responsabilmente, ai servizi sanitari esclusivamente quando necessario, senza appesantire le liste di attesa. È lui il soggetto in grado, in quanto adeguatamente informato, di scegliere, in caso di bisogno, il *setting* assistenziale più corretto per il trattamento e la cura della propria patologia. È lui il soggetto in grado di osservare attentamente le politiche e il grado di adeguatezza organizzativa del sistema, cogliendone preventivamente le possibili discrasie e criticità. È lui il soggetto, insomma, che vivifica il SSN e ne, addirittura, giustifica l'esistenza stessa, potendone fruire in tutta la relativa ricchezza e complessità.

L'attuale contingenza, tuttavia, ha messo in crisi la figura del "*cittadino-protagonista*", lo ha reso confuso, disorientato, non più in grado di porre in essere scelte responsabili, ne ha compresso, fino all'annullamento, il ventaglio di azione, ponendolo ai margini del sistema, fino a renderlo inconsapevole e inerte "*paziente-periferico*". Il "*paziente-periferico*" è un semplice accessorio del sistema, subisce il SSN, non riesce ad approcciarsi correttamente a esso, ne coglie, certamente, le disfunzioni e le criticità, ma esclusivamente in quanto effetti; non è in grado, insomma, in quanto inconsapevole del proprio ruolo all'interno di esso, di individuarne le cause e di assumersene, per quanto di spettanza, la responsabilità, abdicando così a quel ruolo di governo che, in precedenza, il Servizio

stesso gli riconosceva.

Il "*paziente-periferico*" è il soggetto che accede al pronto soccorso in codice bianco o verde e non capisce perché deve attendere ore prima di ricevere una prestazione che avrebbe potuto, tranquillamente, ottenere immediatamente rivolgendosi a una struttura operante a livello territoriale. È lui il soggetto che si rivolge alla struttura ospedaliera pubblica, trovando liste di attesa lunghe mesi, per esami di diagnostica strumentale che in una struttura privata accreditata avrebbe potuto ottenere, alle stesse condizioni, attendendo, nei casi peggiori, solamente pochi giorni. È lui il soggetto, insomma, che, più o meno inconsapevolmente, aggrava con il proprio comportamento le condizioni di erogazione delle prestazioni ai cittadini che, realmente, non possono fare a meno di accedere a quel determinato *setting* assistenziale e, così facendo, finisce per influire negativamente sull'intero sistema.

A fronte di tale situazione, occorre invertire immediatamente la tendenza. Il cittadino deve riappropriarsi del proprio Servizio Sanitario Nazionale, tornare a essere consapevole e responsabile delle proprie scelte, tornare a essere "*paziente-protagonista*" e, prima ancora, "*cittadino-protagonista*".

7. LE CRITICITÀ DEL SSN: AUTOREFERENZIALITÀ DEL SISTEMA E ECCESSIVA BUROCRATIZZAZIONE DELLE PROCEDURE

Secondo i dati resi noti dalla Corte dei conti[18] (cfr. Corte dei conti, Sez. delle Autonomie, "Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali 2013", del.ne n. 29/sezaut/2014/frg, pag. 703) e dalla Ragioneria Generale del Ministero dell'Economia e delle Finanze[19] (cfr. Dip.to della Ragioneria Generale dello Stato, "Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1", 2014, pag. 39 e s.), i redditi da lavoro dipendente del SSN dopo la spesa farmaceutica, sono la categoria economica che, negli ultimi anni, ha fatto registrare la riduzione percentuale più significativa, con effetto riconducibile alle misure concernenti il blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di rientro.

Tale blocco ha evidenziato, tuttavia, situazioni di criticità dal punto di vista del mantenimento dei LEA. Le Amministrazioni regionali, in particolare, sono state indotte a ricorrere a misure alternative per sopperire alla mancanza di personale (ricorso a prestazioni di lavoro straordinario o in regime di prestazioni aggiuntive, o altre fattispecie quali l'acquisto di prestazioni professionali da privati), i cui esiti si sono rivelati, nel complesso, non sempre positivi, vanificando in alcuni casi i risultati attesi in termini di mancato risparmio, se non provocando addirittura maggiori costi.

Interessante e indicativa del fenomeno appare una recente pronuncia della Corte conti (cfr. Sez. Lazio, 14 gennaio 2015, n. 33)[20]. Nel periodo 2001-2010 – rilevano i Giudici – l'importo pagato da un'Azienda Usl della provincia laziale per l'acquisto di "*prestazioni aggiuntive*" - rese, cioè, dallo stesso personale medico in servizio - per sopperire a carenze di organico «*era stato di € 51.710.234,02, superiore a complessi sanitari ben più complessi come le Asl di Roma e il Policlinico Umberto I*». A fronte di tale situazione, i direttori generali nel tempo succedutisi alla guida della Ausl informano, ripetutamente, la Regione della criticità, chiedendone, a più riprese, l'intervento. A sua volta la Regione ne informa il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e Finanze.

In particolare, esaminata, puntualmente, la lunga e infruttuosa (in termini di realizzazione di concrete misure correttive) corrispondenza intercorsa tra l'Azienda Usl , la Regione Lazio e i suddetti Ministeri dal 2007 in poi – all'indomani, cioè, dell'attivazione del piano di rientro - i Giudici giungono alle seguenti conclusioni: «se (…) non si è riusciti a trovare una *soluzione compatibile con l'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria nel plesso delle strutture sanitarie della Azienda (…) la responsabilità primaria è della Regione Lazio ed in primo luogo dei vertici politici. Trincerandosi dietro il divieto di assunzione di "nuovo" personale e dei vincoli del Piano di rientro, nulla fa la Giunta, nulla fa l'Assessore alla sanità, nulla fa il Commissario ad acta (…) (se non informare della problematica i Ministeri della salute e dell'economia); nulla fanno gli altri Uffici competenti (…), se non chiedere alla Ausl, con fini evidentemente dilatori, dati sul monte ore e sui costi delle prestazioni aggiuntive di cui era a conoscenza già da tre anni; poco fa il nuovo Commissario ad acta (…) se non imporre la più comoda delle decisioni e cioè il taglio lineare delle prestazioni aggiuntive fino ad un massimo del 30%*».

A fronte di quanto sopra, non può non

rilevarsi come nel caso di specie, ma è ragionevole pensare che la questione non sia rimasta isolata, la garanzia del mantenimento dei LEA, elemento questo che in un sistema sano e regolarmente funzionante costituirebbe aspetto assolutamente primario, sia divenuto profilo assolutamente secondario.

È in questo che l'attuale SSN può dirsi autoreferenziale, ripiegato com'è su stesso (anni di infruttuose corrispondenze tra le varie amministrazioni), dimentico della propria funzione principale (mantenimento dei LEA) e, di fatto, totalmente inaccessibile/incomprensibile al cittadino ("*paziente-periferico*") che, di per sé, non può che subire, senza comprenderne le cause e porre in essere le contromisure, il peggioramento dei servizi.

Il sistema autoreferenziale, in particolare, si fa scudo delle norme e delle procedure amministrative per non assumere alcuna determinazione realmente dirimente sui problemi concreti. Nel caso testé esaminato, anzi, l'applicazione pedissequa del piano di rientro ha ingenerato maggiori costi e ha messo in pericolo localmente, come rilevato dagli stessi Giudici, anche il normale funzionamento del SSN stesso. È inutile dire che anche questa tendenza deve essere invertita. Occorre aprire nuovamente il sistema verso l'esterno e occorre restituire le norme e chi le applica al corretto ruolo di strumenti del sistema stesso, non certamente di protagonisti.

8. RIFLESSIONI CONCLUSIVE: PROSPETTIVE E SPERANZE PER UNA RINASCITA DEL SSN

Il SSN italiano continua a essere riconosciuto come uno dei migliori al mondo, come modello da emulare per gli altri Paesi. Se questa è la percezione che si ha all'esterno del nostro SSN, è evidente che le attuali difficoltà non possono, certamente, indurre a rinnegare i valori fondamentali alla base del nostro sistema di tutela della salute né, tanto meno, il prospettato "*logoramento*" del SSN può distrarci da ipotesi di rinnovamento, di investimento, di coinvolgimento in progetti comuni nell'interesse dei singoli e della società.

Risulta necessario, in questo senso, promuovere e rafforzare, anche formalmente, un patto forte e significativo di solidarietà che non escluda nessuno, ma che anzi impegni la pluralità dei soggetti a diverso titolo protagonisti del sistema e, primo fra tutti, lo stesso cittadino. In questo senso occorre operare fortemente sia all'interno che all'esterno del sistema promuovendo la consapevolezza di tutti. In tale contesto, una priorità irrinunciabile consiste nel migliorare l'informazione pubblica sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari. Ruolo importante, in proposito, rivestono i mezzi di comunicazione, attraverso i quali passano i messaggi sugli stili di vita, sull'informazione con carattere di continuità e correttezza sotto il profilo dei contenuti. I messaggi incidono sulle coscienze dei singoli, sui livelli di responsabilità e sui comportamenti abituali, inducendo di conseguenza scelte consapevoli e appropriate.

Occorre operare all'interno, cercando di appianare o, almeno, di ricucire gli attuali conflitti. Il SSN ha senso se tutte le relative componenti, pubblica e privata, agiscono all'unisono. In questo senso strategica appare la necessità di individuare, senza sovrapposizioni, ambiti di operatività specifici per ognuno, sviluppando le peculiarità e le esperienze di ciascuno. Tagliare, insomma, semplicemente la spesa si è rivelato improduttivo di effetti, se non peggiorativi sulla qualità del servizio e sui rapporti. Tale fase deve essere, in prospettiva, superata nell'acquisita consapevolezza, certamente, della limitatezza delle risorse pubbliche, ma anche delle infinite opportunità che il Sistema offre sia in termini di esperienze che di professionalità anche già presenti e operanti nello stesso.

Nella stessa ottica, occorre prendere atto della ormai evidente e acclarata diversificazione delle componenti del finanziamento del SSN, nell'ambito delle quali sempre più rilievo assumono fonti alternative legate all'iniziativa del singolo: basti pensare alle polizze o ai fondi integrativi.

Proprio dalla ormai accertata limitatezza delle risorse di parte pubblica si deve ripartire. Il SSN deve essere messo in grado di attrarre risorse dalla componente privata, ma per far ciò deve offrire certezze ai cittadini, alle aziende e agli operatori; certezze legate, non solo, a profili organizzativi definiti, a un'offerta assistenziale diversificata e in linea con le attuali esigenze del cittadino e agli effetti di una programmazione chiara e regolare sia nel breve che nel lungo periodo, ma anche e non da ultimo a una Amministrazione che sia in grado fornire tempi e procedure certe, oltre che, ragionevolmente, contenute sotto il profilo temporale, per la conclusione dei procedimenti sottesi al rilascio

degli atti.

Nella stessa ottica, occorre prendere atto della ormai evidente e acclarata diversificazione delle componenti del finanziamento del SSN, nell'ambito delle quali sempre più rilievo assumono fonti alternative legate all'iniziativa del singolo: basti pensare alle polizze o ai fondi integrativi.

È proprio dalla accertata limitatezza delle risorse che si deve ripartire.

Il SSN deve essere messo in grado di attrarre risorse dalla componente privata, ma per far ciò deve offrire certezze ai cittadini, alle aziende e agli operatori; certezze legate, in primo luogo, a profili organizzativi definiti, a un'offerta assistenziale diversificata e in linea con le attuali esigenze del cittadino e agli effetti di una programmazione chiara e regolare sia nel breve che nel lungo periodo. Allo stesso tempo tali certezze devono derivare da una Amministrazione che sia in grado fornire tempi e procedure certe, oltre che, ragionevolmente.

NOTE E BIBLIOGRAFIA

1. Gemelli Informa (2017), "Giornata per la Ricerca: al centro la medicina personalizzata, cure su misura per il singolo paziente"; https://goo.gl/ms7gCL.

2. Cfr. https://goo.gl/kNgCP6.

3. Cfr. Cfr. Corte Costituzionale, sentenza 61/2001; https://goo.gl/WhhMkb.

4. Quota di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria fornita dallo Stato per singole prestazioni comprese nei LEA.

5. Cfr. https://goo.gl/7JyvPj.

6. Cfr. https://goo.gl/ST8Td9.

7. Cfr. https://goo.gl/aGQV6L.

8. Cfr. https://goo.gl/ptYTmU.

9. Cfr. https://goo.gl/Jh1bN8.

10. Cfr. https://goo.gl/KvdRQy.

11. Fondazione GIMBE (2017), 2° Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale; https://goo.gl/7QoFSH.

12. Cfr. https://goo.gl/eeRiCx.

13. Si vedano al riguardo anche i dati CENSIS (Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute 2017); https://goo.gl/nZ5Uqe.

14. Cfr. https://goo.gl/RcwY3v.

15. Si veda nota 9.

16. Cfr. https://goo.gl/44k2Gw.

17. Si veda nota 9.

18. Cfr. Corte dei Conti, Sez. delle Autonomie, "Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali 2013", p. 703; https://goo.gl/gv46gn.

19. Cfr. Dip.to della Ragioneria Generale dello Stato, "Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1", 2014, p. 39; https://goo.gl/3dULp1.

20. Cfr. https://goo.gl/KiE5LT.