

La tutela della salute: un diritto e un impegno

Nerina Dirindin¹ e Chiara Rivoiro²

¹Dipartimento di Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche, Università degli Studi, Torino e Presidente Coripe Piemonte; ²Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, Regione Piemonte

Riassunto. Le politiche di tutela della salute devono farsi carico di promuovere trasparenza e legalità nel settore sanitario perché un sistema sanitario affidabile e integro è uno strumento di assicurazione contro il rischio di dover affrontare la malattia in solitudine, di fiducia nelle istituzioni e nella comunità, di promozione del capitale sociale. La mancanza di integrità fa male alla salute: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute; è associata a una più elevata mortalità infantile. Nonostante studi recenti confermino il buono stato di salute degli italiani, dovuto alle discrete condizioni ambientali e socioeconomiche del paese, ma anche all'ampia accessibilità a trattamenti sanitari efficaci garantita dalla presenza di un servizio sanitario universalistico, esistono molte differenze tra le singole Regioni. La cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici hanno fatto sì che in alcune realtà italiane sia stato più difficile contrastare sprechi e illegalità, minando la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone che vivono in quei territori.

Parole chiave. Legalità, trasparenza, tutela della salute.

Classificazione JEL. D73, I18, K32.

Abstract. Health protection policies must promote transparency and legality in the healthcare sector as a reliable and incorruptible healthcare system is a reassuring tool against the risk of facing the illness alone, increases confidence in institutions and in the community, and promotes the social capital. A loss of integrity negatively affects health: it reduces the access to services above all among the most vulnerable patients, it worsens – all things being equal – the general health indexes, and it is linked to a higher infant mortality. Many differences still exist among Italian Regions, although recent studies confirm a good health status of Italians thanks to decent environmental and socio-economic conditions of the country as well as to the wide accessibility to efficient health treatments guaranteed by a universalistic health service. The persistent lack of scheduling, the consolidation of strong economic interests, the usage of healthcare for political purposes made more difficult to counter dissipations and illegality in some Italian realities and undermined the confidence in the health protection system by people living in those areas.

Key words. Health protection, legality, transparency.

JEL Classification. D73, I18, K32.

1. Introduzione

Il benessere di una popolazione dipende in larga misura dalle azioni concrete adottate per sostenere lo sviluppo socioeconomico, contrastare la povertà e l'esclusione sociale, ridurre le disuguaglianze, promuovere e sostenere la salute.

La tutela della salute è un diritto fondamentale e al contempo un impegno, per il singolo e per la collettività.

In Italia la tutela della salute è assicurata concretamente dal Servizio sanitario nazionale, un sistema che ormai da oltre trent'anni mira a garantire prevenzione e assistenza a chi ne ha bisogno, senza di-

scriminazioni di sorta, in tutto il territorio nazionale. Un sistema costituito da una fitta rete di regole, relazioni, capacità e volontà, che deve essere in grado di prendersi cura delle persone in modo ineccepibile, garantendo accoglienza, assistenza, accudimento, sicurezza, efficacia clinica, appropriatezza, essenzialità, osservanza delle norme giuridiche e dei principi etici.

Un sistema sanitario ineccepibile fa bene alla salute. Trasparenza, legalità, fiducia, integrità sono elementi essenziali nella costruzione di un sistema di tutela della salute e, di conseguenza, nella promozione del benessere. Un sistema affidabile e integro è uno strumento di assicurazione contro uno dei ri-

schì più temuti dalla popolazione – quello di dover affrontare una malattia in solitudine, senza adeguate conoscenze e senza sufficienti risorse –, di fiducia nelle istituzioni e nella comunità, di promozione del capitale sociale.

Per questo le politiche di tutela della salute devono farsi carico di promuovere trasparenza e legalità in ogni ambito di intervento, e non solo all'interno del settore sanitario.

Per questo è necessario avere la 'schiena dritta'. Per non rischiare di cadere nella ragnatela dell'illegalità, della discrezionalità, dell'abuso di potere. Perché opacità e illegalità minano alla base la coesione sociale e in quanto tali non sono tollerabili all'interno di un settore che, al contrario, deve farsi carico di promuovere la salute e il benessere. Perché ogni energia – umana, professionale, tecnologica o finanziaria – sprecata per mancanza di integrità è in realtà sottratta alla salute di una persona umana, ed è quindi doppiamente insopportabile.

2. La salute è un bene prezioso

La salute è un bene prezioso. È un bene fondamentale per la persona e per la collettività.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità la salute è uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o di infermità". Una definizione ampia, che supera il dualismo concettuale 'malattia-salute' e guarda allo stato di benessere di un individuo o di una popolazione come non unicamente correlato all'intervento sanitario.

Per questo la tutela della salute è riconosciuta dalla nostra Costituzione "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32). Un diritto al quale i Padri costituenti hanno riservato (unico caso in tutta la Carta) la qualificazione di diritto *fondamentale*. Un diritto al quale la Costituzione affianca altri due importanti concetti: il diritto a non essere sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori (salvo casi particolarissimi, esplicitamente previsti dalla normativa) e il principio del "rispetto della persona umana"¹. Diritti che costituiscono conquiste di civiltà e in quanto tali indisponibili e inalienabili.

Per questo la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni unite all'art. 25 afferma:

¹L'articolo 32 della Costituzione recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

"Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari"². Anche in questo caso un'affermazione impegnativa, che vede nella salute e nel benessere uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo.

La salute è un bene prezioso, che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità.

È un bene "di tutti e di ciascuno", "di cui tutti godono e a cui tutti concorrono"; "un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone". In questo senso potrebbe essere considerato un "bene comune", come l'aria, l'acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio. Un bene che, per natura e per conseguenze, si intreccia con alcuni diritti sociali (l'istruzione, il lavoro) e alcuni diritti di libertà (personale, di stampa, di circolazione, di riunione), favorendone il godimento.

Un bene che ha a che fare con le persone (e le comunità) e che comporta l'assunzione di una responsabilità sociale da parte della collettività che, in modo attivo, difende, tutela e promuove la salute.

Un bene, la cui tutela si inquadra all'interno dei principi fondamentali propri di uno Stato di diritto:

- la democrazia, perché la tutela della salute richiede la partecipazione di tutti, alle scelte e alle decisioni;
- l'eguaglianza, perché è necessario rimuovere le differenze economiche e sociali che ostacolano l'eguaglianza formale e sostanziale in termini di benessere;
- il rispetto della persona, perché non si perda di vista la centralità dell'essere umano, i suoi bisogni e la sua dignità.

La promozione e la tutela della salute devono essere considerati ambiti essenziali, fondanti e costitutivi per qualsiasi società democratica contemporanea. La tutela della salute deve costituirsi come dimensione di sistema. Alle attività che rivestono finalità preventive, di cura e riabilitative sono chiamate a partecipare attivamente tutte le persone che saranno protagoniste della costruzione sia della cura sia del benessere, nel senso più ampio del termine, della persona.

La salute si promuove anche contrastando l'illegalità.

La mancanza di integrità nel sistema sanitario fa male alla salute: riduce l'accesso ai servizi, soprat-

²La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, siglata a Parigi il 10 dicembre 1948, è alla base di molte delle conquiste civili della seconda metà del XX secolo.

tutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute, ed è associata a una più elevata mortalità infantile (Gupta et al, 2003). Evidenze internazionali del legame tra corruzione e salute sono riportate nel rapporto di Transparency international del 2006: all'aumentare della corruzione la salute peggiora (Centre for the study of public policy, 2005; Transparency international, 2006).

Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone (Fundacion alternativas, 2010). Per questo è necessario 'illuminare' la salute, per valorizzare un bene prezioso e per fare luce sulle zone d'ombra che insidiano la salute della popolazione.

3. Gli italiani godono di buona salute

Rispetto al resto del mondo sviluppato, gli italiani godono di buoni livelli di salute.

Un importante indice del livello di salute è la speranza di vita alla nascita, ossia il numero di anni di vita che un bambino che nasce oggi può aspettarsi di vivere. Nel 2011, nel nostro paese, la speranza di vita alla nascita era di 84,6 anni per le donne e di 79,4 anni per gli uomini.

La tradizionale buona posizione dell'Italia è confermata da due studi recenti, il rapporto *Health at glance 2012* sullo stato di salute e la spesa sanitaria nei paesi dell'Oecd (Oecd, 2012) e il rapporto *Global burden of disease study 2010*, la più ampia indagine mai effettuata su scala mondiale sulla distribuzione delle malattie e i loro fattori di rischio (Horton, 2012). Secondo i dati di questo secondo rapporto il nostro paese occupa ancora il secondo posto al mondo come speranza di vita (dopo il Giappone) e il primo posto tra le nazioni europee.

Gli italiani non vivono solo più a lungo: la longevità si accompagna a migliori condizioni di salute durante l'intero arco di vita, con meno disabilità e meno malattie. L'Italia è, ad esempio, uno dei pochi paesi nei quali la disabilità fra gli anziani tende lentamente a ridursi. Fra gli anziani la cronicità insorge a un'età di circa 5 anni più elevata rispetto a quella di una decina di anni addietro (Istat, 2008). Un dato che rivela le grandi potenzialità degli anziani, troppo spesso considerati solo un costo per il welfare, e che riduce in modo significativo il ruolo dell'invecchiamento della popolazione quale fattore di crescita della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo.

Per ciò che concerne la mortalità infantile, un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita, il nostro paese è stato prota-

gonista di una riduzione a ritmi nettamente superiori a quelli del resto d'Europa ed è ora al di sotto della media dei paesi sviluppati: il tasso attuale è 3,4 morti per 1000 nati vivi, contro una media europea di 4,3 (World health organization, 2009). Sul fronte opposto, si registra un tasso di fecondità tra i più bassi d'Europa.

Non tutti gli indicatori sono tuttavia positivi. Preoccupanti sono, ad esempio, l'alta prevalenza (tra gli over 30) delle demenze (l'Italia è al secondo posto nell'Oecd) e la forte crescita del tasso di obesità fra i giovani in età 11-15 anni (occupiamo il quarto posto fra i paesi sviluppati) (Oecd, 2012).

4. Un sistema sanitario sano ed efficace

Il buono stato di salute degli italiani è sicuramente legato alle buone condizioni ambientali e socio-economiche del paese, ma è anche il risultato di un'ampia accessibilità a trattamenti sanitari efficaci, grazie alla presenza, sin dal 1978, di un Servizio sanitario nazionale universale (ovvero che riconosce la tutela della salute a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione), solidale (finanziato in base al principio "paga chi può a favore di chi ha bisogno") e globale nella copertura (in base alle reali necessità assistenziali di ciascuno e secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza).

L'Organizzazione mondiale della sanità (World health assembly, 2011) incoraggia gli Stati membri a sviluppare sistemi di finanziamento della sanità capaci di istituire o salvaguardare una copertura universale, in grado di consentire alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno senza rischiare conseguenze finanziarie gravi o disastrose (Carrin et al, 2008). La transizione verso l'universalismo è stata descritta come la terza rivoluzione in ambito sanitario, dopo quella demografica e quella epidemiologica: molti paesi si stanno infatti muovendo verso sistemi di tipo universalistico, anche se con enormi difficoltà e con processi che rischiano di condurre, nel corso della transizione, a soluzioni piuttosto insoddisfacenti.

Nel nostro paese, nonostante la pesante crisi economica e il conseguente sensibile aumento del rapporto spesa/prodotto interno lordo (Pil) (per effetto della caduta del Pil), la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) è ancora nettamente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 9,3% del Pil nel 2010 contro 11,6% in Francia e Germania (un esempio di *spread* positivo!), 9,6% in Svezia e nel Regno Unito. L'Italia presenta inoltre dati di performance dei servizi sanitari molto soddisfacenti. Secondo alcuni studi comparativi sulla performance complessiva dei sistemi sanitari, l'Ita-

lia occupa infatti i primi posti fra i paesi Oecd quanto a livelli di efficienza in termini relativi rispetto ai paesi con le migliori performance (siamo superati solo da Francia e Islanda) (Oecd, 2010).

Quanto a risultati in termini di salute, i dati indicano che, in media, il sistema dei servizi è in grado di intercettare i bisogni della popolazione e rispondere in maniera adeguata. Ne è riprova la stima dell'Oecd sulle "morti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati" (Gay et al, 2011): fra i 27 paesi europei, l'Italia occupa il terzo posto (dopo Francia e Islanda) per il minor numero di morti evitabili. E ciò nonostante il basso tasso di ospedalizzazione (il 24% in meno della media europea) e la bassa spesa sanitaria (Oecd, 2012).

Il sistema sanitario è anche un'importante fonte di lavoro e di reddito.

Al servizio dei cittadini, in Italia, oggi prestano il loro lavoro circa 4 medici ogni 1000 abitanti, in linea con la media dei paesi Ocse, mentre abbiamo circa 6 infermieri ogni 1000 abitanti, contro una media europea di 8. Siamo tra i paesi europei con la più alta dotazione di grandi tecnologie: un indice di elevata capacità diagnostico-terapeutica, ma al contempo di ingiustificata offerta di prestazioni sanitarie fonte di inapproprietezze e sprechi.

Non a caso stanno rafforzandosi movimenti e campagne internazionali, quali *Choosing wisely* (scegliere con saggezza) del Dipartimento della salute del Governo federale Usa³ e *Slow Medicine*⁴, che vogliono riportare la medicina alla sobrietà e all'essenzialità, liberandola da ridondanze ed eccessi ingiustificati, promuovendo scelte selettive piuttosto che tagli indiscriminati, sostituendo alla politica del razionamento quella della riduzione degli sprechi, coinvolgendo contestualmente professionisti e cittadini.

Un approccio particolarmente innovativo perché riconosce il diritto del consumatore ad essere tutelato anche in termini di disponibilità di informazioni chiare sull'utilità e sui costi dei diversi trattamenti sanitari. Un importante passo avanti rispetto al più tradizionale approccio al mero diritto alla prestazione.

La letteratura internazionale indica alcuni specifici settori, quali la cura della non autosufficienza e le cure palliative, per i quali in Italia, a fianco di realtà

di eccellenza, si registrano significative carenze rispetto al resto dell'Europa. Si tratta di ambiti di assistenza particolarmente rilevanti per il benessere delle persone, rispetto ai quali le storiche carenze sono spesso accettate come scontate e quindi non adeguatamente denunciate. Anche in questo caso, la mancanza di conoscenze sulle politiche adottate in altri paesi falsa alla base il giudizio sulla concreta possibilità di intervento e sulla legittimità del bisogno.

Se è vero che questi dati rispecchiano la buona realtà italiana, è doveroso sottolineare quante differenze esistano ancora oggi tra le singole Regioni.

La forte eterogeneità interregionale ha radici antiche. I sistemi sanitari regionali, così come li osserviamo oggi, sono il risultato di un percorso di crescita e aggiustamento che si è sviluppato nel corso dei decenni con modalità e risultati molto differenziati. Ne è riprova la storia dei piani sanitari regionali, dalla quale appare evidente che le Regioni che si sono dotate sin dai primi anni Ottanta di un adeguato quadro di programmazione e regolazione (segno di un forte impegno politico nei confronti della sanità e di una radicata sensibilità dei cittadini nei confronti della tutela della salute) hanno evitato inerzie, improvvisazioni e interessi di parte. Al contrario, la cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici, il diffondersi di fenomeni di illegalità, l'abitudine a prescindere dalle regole, sono tutti fattori che hanno spinto le realtà più deboli lungo binari difficili da abbandonare perché profondamente segnati dalle carenze accumulate nel corso degli anni.

L'esperienza insegna che più i divari da colmare sono rilevanti, più il futuro è pesantemente condizionato dal passato e i comportamenti sono modificabili solo con un impegno prolungato. Di qui la difficoltà, in alcune Regioni, a contrastare sprechi e illegalità, fenomeni che peraltro tendono a propagarsi subdolanamente anche nelle realtà territoriali più attrezzate.

A maggior ragione questo può verificarsi in un contesto di restrizioni, imposte con i ripetuti tagli ai finanziamenti per le politiche sanitarie e per le politiche sociali.

Con riguardo alle politiche sociali, complessivamente i fondi statali destinati alle Regioni e alle Province autonome si sono ridotti dell'85% dal 2008 al 2011 (si considera l'insieme dei Fondi per le politiche sociali, per la famiglia, per la non autosufficienza per le politiche giovanili e per le pari opportunità)⁵. Alcune voci si sono addirittura azzerate nel 2012 (come il Fondo per la non autosufficienza).

³Il programma *Choosing wisely* (scegliere con saggezza), sviluppato dal Dipartimento della salute del Governo federale Usa, promuove iniziative volte a incoraggiare medici e cittadini a distinguere fra procedure diagnostico-terapeutiche necessarie e non necessarie (<http://choosingwisely.org>). Si veda anche Dirindin N, Langiano T, *Scegliere con saggezza fa bene alla salute*, www.lavoce.it, 11/12/2012.

⁴*Slow medicine* è un'associazione che si propone di sviluppare e diffondere la cultura di una sanità sobria, rispettosa e giusta (www.slowmedicine.it).

⁵Si veda il dossier del Cinsedo della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Le risorse finanziarie del fondo nazionale politiche sociali - anni 2004-2011 - e del Fondo per le non autosufficienze*, ottobre 2011 (www.regioni.it).

I pesanti tagli ai finanziamenti stanno intaccando in modo preoccupante il nostro sistema sanitario: recenti ricerche nazionali attestano la crescente insoddisfazione degli utenti verso il servizio offerto, il progressivo decadimento della qualità dell'assistenza, la diffusa demotivazione degli operatori, il degrado delle strutture e dei luoghi di cura, le difficoltà di accesso ai servizi, l'aumento dei ticket.

Bibliografia

- Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans D (2008), Universal coverage of health services: tailoring its implementation, *Bull World Health Organization*, 86 (11): 857-863.
- Centre for the Study of Public Policy (2005), *New Europe Barometer VII*. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.cspp.strath.ac.uk/nebo.html>. Ultima consultazione: settembre 2013.
- Fundacion alternativas, *Informe de la democracia 2010: la erosión de la confianza y el bienestar. Contra la desafección*, Madrid. Disponibile online al seguente indirizzo: www.falternativas.org. Ultima consultazione: settembre 2013.
- Gay JG, Paris V, Devaux M, de Looper M (2011), *Mortality amenable to health care in 31 Oecd countries*, Oecd health working papers, n. 55.
- Gupta S, Davoodi H, Tiongson E (2003), *Corruption and the provision of health care and education services*, 1-28, International Monetary Fund, IMF working paper, WP/00/116, 2000.
- Horton R (2012), GBD 2010: understanding disease, injury, and risk, *Lancet*, 380: 2053-2054.
- Istat (2008), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Roma, Istat.
- Joumard I, André C, Nicq C (2010), *Health care systems: efficiency and institutions*, Oecd economics department working Papers, n. 769.
- Oecd (2010), *Health care systems: getting more value for money*, Oecd economics department policy notes, n. 2.
- Oecd (2012), *Health at a glance 2012*, Paris, Oecd.
- Transparency international (2006), *Global corruption report 2006*, London. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://archive.transparency.org/publications/gcr>. Ultima consultazione: settembre 2013.
- Who (2009), *Global health risks, mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva, Who.
- World Health Assembly (2011), *Sustainable health financing structures and universal coverage*, Geneva, Who.

Conflitto di interessi

Nessuno

Autore per la corrispondenza

Chiara Rivoiro, chiara.rivoiro@unito.it