

## Copertura sanitaria universale e equità. Il momento delle scelte

2014-06-18 10:06:16 Redazione SI



Lorenzo Del Savio e Bettina Schmietow

La copertura sanitaria universale non è solo il più potente concetto che la *public health* può offrire, ma anche un'istituzione moralmente centrale nei sistemi politici contemporanei perché cruciale nella promozione di benessere e sviluppo umano dei cittadini. È proprio per questa centralità morale che è importante che le scelte distributive in sanità siano discusse in modo sistematico, preciso e pubblico in modo da garantire un'espansione efficiente ed equa della copertura sanitaria e una sua difesa socialmente robusta.

---

Il primo maggio 2014 è stato presentato alla *London School of Economics* il report del comitato consultivo per l'OMS "*Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*" (vedi Risorse)[1]. Il documento è stato redatto da un gruppo di filosofi ed economisti e si concentra sulle questioni morali che i decisori politici devono affrontare nella pianificazione e realizzazione della *copertura sanitaria universale* (CSU). Si tratta di un documento che accompagna e completa l'importante report del 2010 che l'OMS aveva dedicato al finanziamento dei sistemi sanitari[2].

**La CSU è definita dall'OMS come la situazione in cui ogni persona può accedere a quei servizi sanitari di qualità che ne soddisfano i bisogni di salute senza incorrere in difficoltà finanziarie legate al loro pagamento.** E' una definizione che lascia ampi margini di discussione quanto alla natura dei bisogni sanitari, che possono essere definiti sia in modo molto inclusivo (come nella definizione di salute come 'completo stato di benessere' dell'OMS) sia in modo più strettamente medico. Inoltre, non coincide con la nozione di 'sistema

sanitario universale', ove l'accesso ai servizi è garantito indipendentemente dalla situazione finanziaria personale a tutti, e dunque anche ai più ricchi.

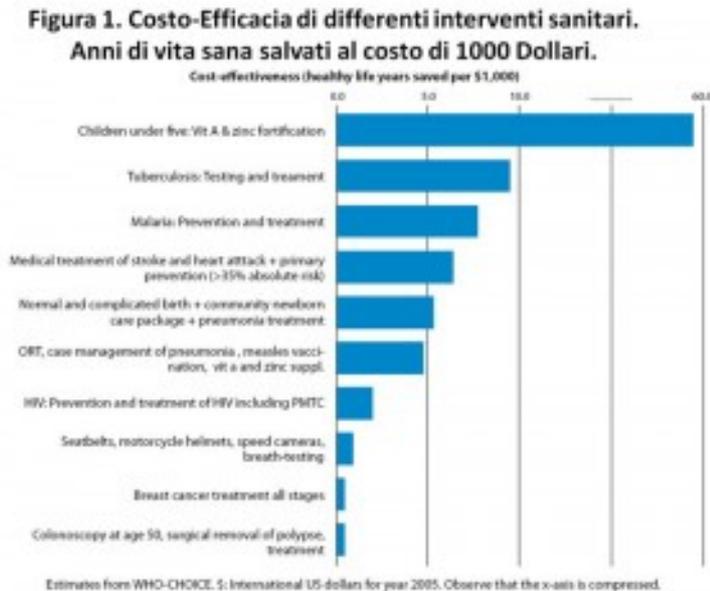
A seconda delle risorse disponibili, nonché di fattori politici e culturali, i paesi del mondo sono più o meno lontani dall'ideale della CSU, come documentato negli articoli di *Salute Internazionale* (vedi tra gli altri il [post](#)). Di fatto, la CSU non è mai perfetta, perché ovunque i sistemi sanitari devono competere per le risorse disponibili con altri obiettivi sociali importanti. Occorre ad esempio scegliere quanto destinare alla scuola e quanto alla sanità. Il problema della scelta delle priorità tra i vari programmi sanitari discussi nel report sono dunque rilevanti in tutti i paesi, anche se ovviamente sono esacerbati nei contesti più poveri, da cui il fuoco del documento sui paesi a reddito medio e basso.

Il perseguimento della CSU richiede l'espansione della fornitura dei servizi essenziali, la riduzione delle spese pagate direttamente dai pazienti (*out-of-pocket*) e l'inclusione di un numero crescente di persone nei sistemi sanitari. Le questioni morali sorgono quando queste linee guida sono in contrasto fra loro e, soprattutto, quando occorre specificare *quali* servizi vanno dichiarati essenziali, *come* deve avvenire la riduzione delle spese a carico dei pazienti e *chi* includere per primo. Il report propone dunque una grande mappa delle questioni distributive e suggerisce alcune linee guida per affrontare i problemi di ripartizione delle risorse in sanità. **Non ci si aspetti linee guida particolarmente dettagliate: molte scelte distributive sono oggetto di ragionevole disaccordo sia tra i cittadini che tra gli esperti. Inoltre, la scelta migliore potrebbe dipendere in alcuni casi da fattori locali, ad esempio le preferenze culturali oppure il più ampio contesto economico.** Per questa ragione, il report è completato utilmente da alcune indicazioni su come deve essere organizzata la *governance* dei sistemi sanitari per affrontare tali questioni recalcitranti all'analisi da parte degli esperti e per garantire trasparenza e controllo nelle decisioni distributive.

Il report suggerisce quindi le seguenti strategie per districarsi all'interno della complessità morale della pianificazione della CSU:

1. Classificare i servizi in classi di priorità sulla base dei criteri di costo-efficacia (vedi ad esempio la Figura 1), priorità ai più svantaggiati e protezione dal rischio finanziario individuale garantita dalla fornitura del servizio.
2. Dare priorità alla fornitura universale dei servizi essenziali, inclusa l'eliminazione delle spese *out-of-pocket* per tali servizi e la partecipazione obbligatoria e progressiva al loro finanziamento.
3. Evitare di escludere i gruppi più svantaggiati, in particolare i poveri e gli abitanti delle zone rurali.

## Figura 1. Costo-Efficacia di differenti interventi sanitari. Anni di vita sana salvati al costo di 1000 Dollari



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**A prima vista generiche, queste linee guida forniscono un linguaggio utile per descrivere le scelte morali fondamentali che vanno affrontate nella pianificazioni dei sistemi sanitari.** Ad esempio, il report descrive come i criteri di costo-efficacia e la protezione dalle spese catastrofiche dovute a malattia siano talvolta in conflitto tra loro: almeno alcuni dei servizi che riducono in misura maggiore i rischi finanziari personali se forniti universalmente sono proprio quelli più costosi. In generale, il report mostra come la scelta fra due programmi sanitari diversi sia sempre multidimensionale dal punto di vista morale, ad esempio perché l'uno è migliore dell'altro sulla base di criteri più specificamente sanitari (es. QALY) mentre l'altro è preferibile quanto a riduzione del rischio di povertà e/o altri criteri socio-economici.

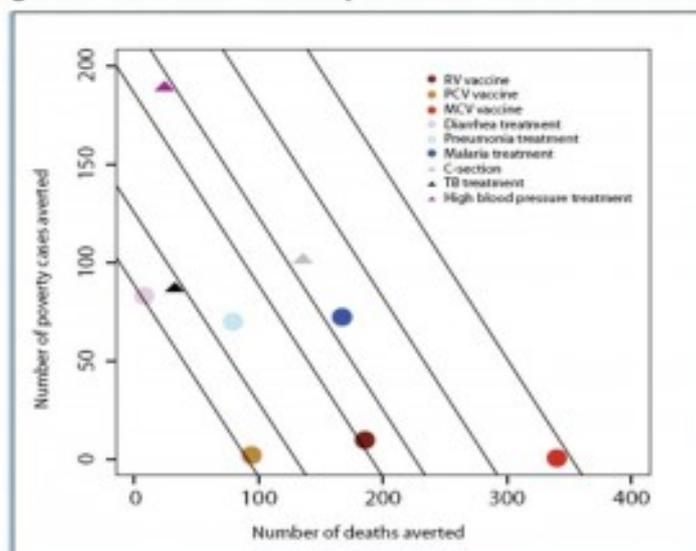
**Il report fa un grande lavoro nel mostrare come tutti gli esercizi di valutazione dei programmi sanitari siano basati su assunzioni prescrittive controverse, ossia su diverse concezioni ragionevoli di cosa siano l'equità, il benessere e i diritti.** Per questa ragione, non si prestano a valutazioni meramente tecniche e top-down: non può esserci un algoritmo per scegliere la distribuzione migliore delle risorse. Ciò ovviamente non significa che il più delle volte non si possa pervenire ad un accordo ragionevole anche senza ricorrere a strumenti di decisione partecipata.

**La questione è illustrata nella Figura 2 (a pagina 38 del Rapporto), dove si valutano alcuni programmi sanitari su due dimensioni, il numero di morti e i casi di povertà evitabili.** Gli autori tracciano nel grafico alcune linee di indifferenza: se due interventi ricadono esattamente sulla stessa linea nessuno dei due è superiore all'altro, se invece cadono in aree diverse, è preferibile quello dei due che cade 'più a destra e più in alto'. Le due

dimensioni non hanno ovviamente la stessa importanza: dipende da *quanto* si ritiene che la morte di una persona sia socialmente peggiore della povertà. Questa valutazione si traduce nel grafico nella pendenza delle linee di indifferenza ed è chiaro che non si presta a soluzioni tecniche, né ad un semplice computo delle preferenze sociali a riguardo. A chi si dovrebbe chiedere quanto la povertà sia preferibile alla morte? Quali informazioni devono essere fornite perché la risposta possa essere tenuta in considerazione? Per esempio la vaccinazione antimeningococcica evita 300 morti per 100.000 dollari spesi, ma evita pochi casi di povertà. Al contrario il trattamento dell'ipertensione evita meno morti ma più casi di povertà.

## Figura 2. Trade-off tra benefici per la salute e benefici finanziari

Figura 2. Trade-off tra benefici per la salute e benefici finanziari



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**La difficoltà di queste domande sprona a ragionare tanto sulle linee guida sostanziali quanto sul metodo e in particolare sugli ideali che devono informare la costruzione di organi decisionali adatti ad affrontare tali questioni.** Per questo il report si conclude con una sezione sulla *governance*. Qui è spiegata in dettaglio la nozione di *'accountability for reasonableness'* proposta da Norman Daniels (2008), una serie di principi per pervenire a decisioni pubblicamente ragionevoli[3]. Proprio Daniels aveva inaugurato il dibattito sulla salute nella recente filosofia politica anglosassone a cui hanno contribuito alcuni degli autori del report. Il suo *'Just Health Care'*[4] del 1985 è una teoria prescrittiva su salute e giustizia politica ispirata alla teoria della giustizia di John Rawls (1971) e basata sull'idea che la salute sia importante politicamente perché garantisce ad ogni persona una gamma di opportunità normale per gli esseri umani[5].

C'è inoltre un'appendice dedicata agli indicatori di risultato, uno dei cardini del modello di *governance* proposto basato su partecipazione dei cittadini e controllo dei risultati. Il modello non è originale ma anche in questo caso si spiega come dietro alla scelta degli indicatori di risultato si nascondano opzioni diverse rispetto a cosa siano la salute, il benessere, e l'equità. Da

ultimo, è un giudizio su cosa sia bene e cosa sia male a far decidere per indicatori come il numero di morti evitabili, i Quality-Adjusted Life Years, ecc...

**“Making Fair Choices on the Path to Universal Coverage” è un distillato di un trentennio di dibattiti tra economisti e filosofi morali attorno all’etica della distribuzione delle risorse nei sistemi sanitari.** E’ importante che tale dibattito non resti confinato all’accademia ma diventi parte della comunità che si occupa sul campo di programmazione delle politiche sanitarie. Accanto alle indicazioni di *policy* sostanziali, alcune delle quali invero di senso comune, quel dibattito può essere di qualche utilità soprattutto perché fornisce un linguaggio chiaro per esplicitare quelle opzioni politiche e morali implicite nelle scelte di distribuzione delle risorse in sanità che rischierebbero altrimenti di passare inosservate e indiscusse. La *copertura sanitaria universale* non è solo il più potente concetto che la *public health* può offrire, ma anche un’istituzione moralmente centrale nei sistemi politici contemporanei perché cruciale nella promozione di benessere e sviluppo umano dei cittadini. E’ proprio per questa centralità morale che è importante che le scelte distributive in sanità siano discusse in modo sistematico, preciso e pubblico in modo da garantire un’espansione efficiente ed equa della copertura sanitaria e una sua difesa socialmente robusta.

Lorenzo Del Savio, Istituto Italiano di Tecnologia @ SEMM (Milano)

Bettina Schmietow, Research Officer al Nuffield Council for Bioethics (Londra)

## **Bibliografia**

1. [Making fair choices on the path to universal health coverage](#). Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage  
Disponibile on-line:
2. The World Health Report – Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. Geneva: WHO. 2010.
3. Daniels Norman. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2008.
4. Daniels Norman. Just Health Care. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1985.
5. Rawls John. A Theory of Justice. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University press, 1971.