

# DIECI ARGOMENTI PER DIFENDERE LA SANITA' PUBBLICA

**PREMESSA:** rinunciare all'attuale Sistema sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale sarebbe un grave errore.

## Questi i motivi:

1. Come in altri paesi, l'Italia fronteggia problemi analoghi **come aumento della spesa, insoddisfazione dei cittadini** (non sempre giustificata). Ma il vero problema è il finanziamento della spesa che in Italia è delicata data la grave difficoltà della finanza pubblica.
2. Nei decenni il nostro **Servizio sanitario ha garantito un buon livello di prestazioni** (l'OMS lo ha collocato ai primi posti). Dove è prevalso il sistema privato sono emerse iniquità sociali ed elevata spesa sanitaria.
3. **Efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni** devono essere poste al centro di qualunque strategia di intervento. L'incremento della spesa spesso riguarda procedure diagnostiche terapeutiche la cui utilità non sempre è dimostrata (es. PSA, test genetici, ecc.).
4. Il SSN potrebbe trarre grande vantaggio da un recupero di **EFFICIENZA**. Il **caso delle liste d'attesa**, fonte di lamentele è emblematico. La soluzione passa attraverso la **valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni** (le liste sono spesso intasate da richieste di esami inutili o programmabili in anticipo). Mentre il pubblico tende a celare l'inefficienza con l'argomento dell'inadeguatezza delle risorse, il settore profit tende a garantire maggiore celerità a costo di una maggiore inappropriata e di un aumento della spesa per gli assistiti. Come uscirne? **Adeguamento dell'offerta in base ai bisogni, governo della domanda** (medicina basata su prove scientifiche), **efficienza produttiva**. Questi i tre ingredienti devono essere la stella polare del SSN. Si veda in proposito il decreto legislativo 229/99, art. 1 comma 7 . Poi ci sono i LEA (livelli essenziali di assistenza) distinguendo tra quelli formalmente garantiti e quelli effettivamente garantiti. Distinguere tra uguaglianza (dare alle persone le stesse cose) e equità (dare a tutti le stesse possibilità).
5. Non basta investire **sui servizi sanitari e sulle tecnologie più avanzate**. Per le persone in difficoltà è dimostrato che molti trattamenti clinici producono benefici se combinati **con attività sociali e assistenziali** considerate meno nobili e relegate generalmente al volontariato perché sotto finanziate e trascurate dal settore profit.
6. **Consentire l'uscita dal SSN** potrebbe essere un rimedio peggiore del male. Se le persone ricche avessero la possibilità di sottrarsi al dovere di contribuire al finanziamento della sanità pubblica il SSN sarebbe sotto finanziato. La soluzione invece è **aumentare l'efficacia media degli interventi e soprattutto prevenire un incremento della spesa** (evitare ad esempio screening genetici per malattie comuni).
7. Le politiche per la salute presentano due debolezze: **La PREVENZIONE e la RICERCA**. Lo stato di salute dipende più dalle condizioni di vita che dai trattamenti clinici e la prevenzione dipende più dagli interventi nei settori dell'istruzione, dei trasporti, dell'agricoltura dell'industria che nel settore sanitario. Diversi studi hanno evidenziato la persistenza di disuguaglianze sociali nella salute. Chi è più povero, meno istruito si ammala di più e muore prima. Il livello di

istruzione sembra contare più del reddito. A Torino tra gli abitanti della collina e quelli della Vallette ci sono 7 anni di differenza di speranza di vita, un anno in meno ogni due chilometri. Rispetto agli altri paesi dell'Ocse, l'Italia è il paese dove la differenza di speranza di vita per titolo di studio è la più bassa, 4 anni, mentre in Polonia e Ungheria sale a 12/14 anni. Ciò è dovuto prevalentemente al diverso sistema sanitario.

**La ricerca** è largamente sotto finanziata e disorganica. Entrambi (prevenzione e ricerca) richiedono un forte impegno pubblico perché il settore privato non è interessato al loro finanziamento.

8. **Il Federalismo**, attraente sul piano democratico, **può portare a differenze territoriali** nella quantità e nella qualità delle prestazioni ancora maggiori di quelle attuali. Inoltre è preoccupante il rischio di un sistema in cui ci sono regioni con diversi sistemi di solidarietà nel sistema sanitario.
9. **L'aumento della domanda** di prestazioni sanitarie non deve essere considerato solo un motivo di preoccupazione, ma anche un'opportunità da cogliere. Sia per il sistema economico che per il benessere della persona. Per il sistema economico, in quanto la sanità è in grado di produrre occupazione e progresso scientifico e tecnologico. Per il benessere delle persone, in quanto può contribuire a migliorare la qualità della vita. I due aspetti non devono essere disgiunti.
- 10 La crescita della spesa è stata **attribuita a 4 fattori, di seguito specificate in A,B,C,D.**

**A) Il primo fattore** è spesso confuso erroneamente con l'invecchiamento della popolazione, che da solo spiega in minima parte la crescita della spesa sanitaria, perché l'aumento della durata della vita si accompagna a un miglioramento delle condizioni di salute. I cambiamenti demografici producono un' aumento della domanda di servizi perché cresce il bisogno di assistenza in sostituzione di quella assicurata dalla comunità di appartenenza: minore dimensione delle famiglie, aumento dell'occupazione femminile, urbanizzazione, carenza di relazioni sociali, insicurezza generano una domanda di assistenza più che la vecchiaia in sé. Con la demografia cambia inoltre l'epidemiologia: aumentano le malattie croniche, aumentano le aspettative di vita libera da disabilità e si riducono le malattie infettive, salvo recenti eccezioni, come il dramma del Covid 19. La domanda di servizi cambia radicalmente, in assenza di adeguamenti dell'offerta la spesa sanitaria tende a crescere perché i nuovi servizi non sostituiscono i vecchi ma si aggiungono. Sono la rigidità dell'offerta e le lobby dei produttori a creare tensioni sulla spesa complessiva, l'invecchiamento della popolazione è spesso usato strumentalmente di essere il principale colpevole della crisi del sistema sanitario.

**B) Il progresso scientifico** aumenta la possibilità di intervento della medicina, favorisce la sopravvivenza di pazienti. Tuttavia raramente consente di debellare una malattia e quindi di eliminare una spesa. Il più delle volte permette di trattare patologie un tempo non curabili e quindi aumenta la spesa complessiva. Ma il principale responsabile dell'aumento della spesa è l'imperativo tecnologico. Molti interventi complessi sono erogati a pazienti le cui condizioni richiederebbero trattamenti meno intensivi, meno costosi e spesso più efficaci e sicuri. Il contenimento della dinamica sanitaria passa attraverso il controllo dell'imperativo tecnologico.

**C) L'aumento del costo del lavoro** è dovuto alla maggiore presenza del fattore lavoro, non sostituibile, se non in parte, dalla tecnologia e dall'automazione. La spesa del costo del lavoro di due terzi dei costi totali non va considerato un segno dell'inefficienza dei processi produttivi. Al contrario andrebbe guardata in positivo. In ogni caso va posta più attenzione all'organizzazione del lavoro e alla cultura del sostegno alla comunità al cui interno vivono gli individui, si ammalano, e ricevono assistenza. **Qui ci può essere un grande ruolo delle associazioni e del nostro sindacato.**

**D) L'allargamento della nozione di salute** è causa della crescita della spesa sanitaria ma anche determinante del benessere e dello sviluppo. Quindi la crescita della spesa è in gran parte fisiologica e destinata a perdurare nel tempo. A tal fine l'obiettivo prioritario è l'efficacia clinica e l'appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini, che sono in grado di contribuire al rallentamento della dinamica della spesa. Quindi l'allarme sull'attuale situazione del sistema sanitario appare ingiustificato e pretestuoso.

**Ingiustificato**, perché sia la spesa sanitaria che il livello medio delle prestazioni sono in linea con quanto osservato negli altri paesi più sviluppati.

**Pretestuoso**, perché volto a screditare il servizio pubblico a beneficio di quello privato.

Tuttavia il servizio pubblico non è indenne da colpe. Anche il decisore pubblico si è spesso lasciato guidare più dagli interessi dei produttori e dei professionisti che dai bisogni della popolazione (vedere ad esempio le protesi per i disabili). Il servizio pubblico ha trascurato la puntuale valutazione della pratica clinica da cui una variabilità di comportamenti e di esiti in termini di salute (esempio la diseguaglianza nelle prestazioni dei tumori maligni).

Ha spesso mortificato gli operatori con basse remunerazioni e assenza di meritocrazia in cambio della libertà di dirottare i pazienti verso il settore privato. Inoltre ha alimentato nei cittadini la cultura del "diritto a tutto", subito e gratis, soprattutto ha privilegiato la ricerca del consenso a scapito della programmazione. Infine la regionalizzazione della sanità è destinata ad aumentare il peso dei gruppi locali di interesse. Il problema prioritario è l'efficacia dei trattamenti. E ciò è possibile potendo contare su professionisti con ampia esperienza e buona reputazione, anche con coinvolgimento di amici e conoscenti. In tal caso non si hanno difficoltà ad aspettare in liste di attesa oltre che rinunciare a qualche confort alberghiero in cambio di una maggiore qualità tecnica dell'intervento.

Infine chiudo con una citazione molto importante di **John Rawls** " *il benessere di una collettività dipende dal benessere dell'individuo che sta peggio* ".

Un attacco pesante che viene mosso al SSN, sotto forma di indifferenza, è che esso non è più sostenibile. Spesso questo attacco è infondato e strumentale. Soprattutto da chi pensa di non aver bisogno del SSN, anche perché così tende a favorire specifici obiettivi, da chi ritiene che è troppo complesso e difficile da governare, da chi ritiene che sia inefficiente e corrotto. Questo attacco viene condotto attraverso campagne dai media di parte, da chi è rassegnato di fronte alle difficoltà di accesso ai servizi e non è in grado di difendere i propri diritti. L'impovertimento del SSN, presentato come inevitabile conseguenza della pesante situazione dei conti pubblici, che ne deriva, conduce ad un aumento della sanità privata.

**Ricordare la storia di John Q** che non può essere operato nonostante la medicina sia in grado di salvarlo. Per un trapianto di cuore l'ospedale chiedeva 250.000 dollari, che purtroppo la famiglia non possedeva. Potremmo trovarci noi in questa situazione se abbandonassimo il nostro sistema, che con tutte le pecche, ci permette di usufruire del servizio che ha **caratteristiche universali e che paga di più chi ha di più a favore di chi ha bisogno**.

Da un'indagine del 2015 in USA si calcola che medicare il 5% delle persone più bisognose di cure si spende il 51% della spesa totale. Mentre il 50% degli assicurati con spese modeste assorbono solo il 3% della spesa. Così accade che le compagnie di assicurazioni o rifiutano di assicurare pazienti con malattie gravi o chiedono premi molto elevati.

Un altro attacco è portato dalla rivitalizzazione delle vecchie mutue, oggi ribattezzate welfare aziendale. Esse costano a parità di copertura un terzo in più del sistema attuale per gestione amministrativa, riserve, riassicurazioni. Oltre ad essere causa di maggiori diseguaglianze perché

esclude chi è senza lavoro, ma grava sui contribuenti per via delle agevolazioni fiscali. Chi sicuramente ci guadagna sono le compagnie di assicurazioni e/o le banche. Una strada che farebbe fare un passo indietro al nostro Paese. La gravità sarebbe che si privilegia la salute dei lavoratori (e la loro capacità lavorativa) a danno degli altri considerati gli scarti della società.

**Oltre 9 milioni di italiani sono iscritti** (al costo di 2,2 miliardi) ad un fondo sanitario integrativo. Le aziende in tal modo possono contenere il costo del lavoro (regime fiscale agevolato), i lavoratori ottengono benefit esentasse. Ma non è vero che tutti ci guadagnano e nessuno perde.

Le informazioni sono carenti perfino per i partecipanti e per i manager dei fondi stessi. Eppure sono in crescita sia per le mutate relazioni sindacali, sia per le strategie di sviluppo dell'intermediazione finanziaria-assicurativa ed infine per i tagli della spesa pubblica. Ma l'elemento che incide di più è dovuto alle **agevolazioni fiscali** perché i contributi datoriali e dei lavoratori sono esclusi da imposte e contributi.

La minore contribuzione sociale incide sulla pensione, sul trattamento di fine rapporto e costituisce una minore entrata per le casse della Pubblica amministrazione, oltre a costituire un maggiore prelievo a carico della collettività. Infine nei piani assicurativi vi sono esclusioni per persone affette da alcolismo e tossicodipendenza o infortuni in seguito ad azioni delittuose.

I costi di gestione sono elevati e spesso arrivano ad  $\frac{1}{4}$  dei versamenti effettuati, più la riserva per difficoltà straordinarie. Ne risulta rimborsi pari a non più della metà dei contributi versati. Se giova ai lavoratori, alle imprese e alla intermediazione finanziaria assicurativa. Non giova al SSN perché le risorse per le agevolazioni fiscali sono sottratte ad altri impieghi come la sanità pubblica, soprattutto sul piano dell'equità perché favoriscono alcune categorie e discriminano tutti gli altri.

Come si è reso evidente in questi ultimi due anni, il SSN è giunto impreparato ad affrontare il Covid-19: i limiti che si sono manifestati a fronte dell'impatto dell'emergenza sono derivati dal suo progressivo de-finanziamento, dai tagli dei posti letto e del personale, dallo spazio lasciato alla sanità privata, dall'indebolimento della medicina territoriale e dei servizi di prevenzione, che avevano invece informato la fisionomia dell'istituzione del SSN.

A pesare nella vicenda della pandemia sono state le conseguenze di politiche di privatizzazione e mercificazione della sanità e del welfare, effettuate negli ultimi decenni nel contesto della riorganizzazione neoliberale del capitalismo.

## **QUANTO COSTA IL NOSTRO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Di seguito alcuni dati sui costi complessivi

- Costo del servizio sanitario 150 euro al mese pro capite;
- il medico di fiducia riceve circa 100 euro all'anno per assistito;
- l'Italia spende meno della media europea 6,6 del PIL. Meno della Germania 9,6, della Francia 9,5, del Regno Unito 7,6%. Spendendo come la Germania avremmo 50 miliardi in più (rispetto agli attuali 114). Tuttavia siamo al terzo posto al mondo come qualità ed efficacia del servizio, dopo Francia e Islanda secondo la valutazione dell'Ocse;
- ogni giorno circa 1 milione di persone con diverse qualifiche lavora per la nostra salute;
- abbiamo molto meno infermieri del resto d'Europa. Sono esattamente 6,5 per ogni 1000 abitanti, contro una media europea di 8,4. Ne mancano in totale almeno 50.000 per un servizio decente;
- circa il 5% della popolazione necessita di interventi costosi (dal costo massimo che arriva a € 50.000 ed in taluni casi a € 100.000);

- la sanità privata in Italia è pari al 2,2% del PIL (dati del 2016), con un costo di 34 miliardi a cui aggiungere 3,4 miliardi per forme assicurative ,in Francia la stessa è pari al 2,3%, nel Regno Unito del 2,2%, in Germania del 1,7%;
- le spese sanitarie private godono dell'agevolazione privata del 19%, con franchigia di 129,11 euro;
- la mortalità evitabile è comunque la più bassa d'Europa;
- ogni giorno vengono svolte migliaia di analisi su alimenti, su ambienti di vita e di lavoro che costituiscono un primato per l'Italia;

### **TAGLI DEGLI ULTIMI ANNI**

- La spesa sanitaria nel complesso ha subito tagli per 35 miliardi negli ultimi 10 anni;
- Dal 2009 oltre 40.000 unità di personale perso a causa delle politiche di austerità;
- la spesa per il personale si è ridotta di 2 miliardi all'anno;
- l'età media del personale sanitario è di 54 anni per i medici e 48 per gli infermieri;
- i medici di famiglia che nei prossimi anni vanno in pensione sono oltre 22000;
- i posti letto nel settore pubblico sono scesi da 501000 nel 1975 a 158.000 nel 2012, mentre nel settore privato per contro sono cresciuti da 48.000 a 54.000;
- il numero di ospedali pubblici sono passati da 1.155 negli anni 60 a 578 nel 2012. Gli ospedali privati sono cresciuti ed oggi sono esattamente 578. Questi dati sono il segno più tangibile del processo di privatizzazione del nostro sistema sanitario;
- I Fondi per la **non autosufficienza** sono passati dai 400 milioni nel 2009 a 0 nel 2012, nel 2015 sono tornati ai valori pre-crisi, nel 2017 sono risaliti a 450 milioni ma comunque largamente insufficienti rispetto ai 3 milioni di soggetti;
- Le persone con disagio mentale, nonostante la grande legge 180/78 (legge Basaglia) vedono ancora oggi non rispettati i loro diritti (alla libertà, a poter contare su centri di salute mentale, a progetti di vita);
- Le politiche sociali poi sono trascurate e gli investimenti fortemente marginali. Fondamentale l'integrazione con i servizi sanitari.

#### *Riferimenti bibliografici :*

Nerina Dirindin, "E' tutta salute", Ed. Gruppo Abele, 2018

Chiara Sareceno , "Il welfare", Ed. Il Mulino, 2021