

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA CRISI

di Gino Rubini

E' molto importante , a mio parere, aprire una fase di ricerca e di riflessione sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale, sulla tenuta del sistema pubblico italiano di servizi e presidi che finora ha garantito, in linea di massima, una decente copertura universalistica ai bisogni di diagnosi e cura dei cittadini italiani.

In questa fase di crisi non si deve dare nulla per scontato, in particolare dopo un risultato elettorale che fa prevedere instabilità politica e istituzionale per un periodo non breve.

Come vanno le cose ?

Non possono andare bene: nel corso di cinque anni sono stati tagliati 30 miliardi di euro, 10 miliardi sono stati tagliati con la *spending review* dal governo Monti l'anno scorso.

Mentre non ci è dato sapere quale sarà l'orientamento del futuro governo erano abbastanza chiare le linee di fondo del governo Monti.

*"Il nostro Sistema sanitario nazionale, di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantito se non si individuano nuove modalita' di finanziamento". Il momento e' difficile - ha premesso il presidente del Consiglio - la crisi ha colpito tutti e ha impartito lezioni a tutti. E il comparto medico non e' stato esente ne' immune" dalla crisi. "*¹

Questa dichiarazione del 27 novembre 2012 nel corso della inaugurazione di un Centro di Ricerca a Palermo sollevò per qualche giorno un dibattito politico con smentite e retromarcie tattiche da parte dello stesso premier.

Nei fatti, tuttavia, non si può negare che da tempo sia in campo un'ipotesi di frantumazione del principio di universalità del diritto alle prestazioni di diagnosi e cura tramite la reintroduzione delle mutue che consentirebbero prestazioni differenziate rispetto agli standard minimi previsti per tutti.

Questa ipotesi non nasce dal fatto che per il SSN si spenda troppo rispetto a quanto spendono altri paesi europei come la Germania o la Francia: .Come ha affermato il Presidente di Agenas Giovanni Bissoni in un recente convegno: *" Le tabelle dell'Ocse ci dicono chiaramente che l'Italia spende meno dei Paesi europei con cui siamo abituati a confrontarci. La Corte dei conti ha certificato che la spesa sanitaria non è più fuori controllo e che il Ssn è il settore della Pa che più si è organizzato per governare la spesa. Il problema della sostenibilità non nasce da dati oggettivi interni al sistema sanitario, ma dall'equilibrio complessivo dei conti dello Stato. Qui sta il punto. Se certamente «ogni settore è chiamato a dare il suo contributo», dietro la stretta sulla Sanità (circa 31 miliardi in meno soltanto dal 2010 al 2015) 'è altro: soffiando sulla crisi, qualcuno spinge sull'idea che l'Europa debba ripensare i propri modelli di welfare. C'è un pensiero forte, nell'ambito del merca-*

¹ L'allarme di Monti: «Ssn a rischio se non si trovano altre modalità di finanziamento». E pensa ai fondi integrativi. Il Sole 24ore 27 novembre 2012

*to, secondo cui lo Stato deve liberarsi di una parte della spesa pubblica, Sanità compresa».*²

Vi sono da tempo spinte molto forti da parte del comparto assicurativo finanziario per mettere le mani sul sistema sanitario, giocando su di un peggioramento della qualità delle prestazioni del servizio pubblico per aprire a tutto campo la vendita di prodotti assicurativi che diano nel futuro ad una parte dei cittadini più ricchi quello che ora offre il SSN pubblico a livello universale.

Il disegno in atto sarebbe quello di aprire le porte ad un sistema sanitario pubblico destinato ai poveri ed un sistema misto pubblico privato di sanità integrativa finanziato con le polizze assicurative personali o di categoria.

“A service for the poor is a poor service” affermava Richard Titmuss, ricercatore e sociologo britannico, riteniamo ancora ben valido questo assioma.

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna il fondo sanitario regionale per il 2013 subirà una decurtazione del 1,4% a causa delle successive manovre finanziarie : è la prima volta nella storia del SSN che la Regione riceve un livello di risorse inferiori a quelle dell'anno precedente.

Anche per il 2013, ha ricordato l'assessore, la Regione ha stanziato 150 milioni di euro dal proprio bilancio a garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai Livelli essenziali di assistenza e dunque a garanzia del pareggio di bilancio del Ssr, e ad alimentare (con 50 mln di euro), il Fondo regionale per la non autosufficienza, che si aggiungono alle risorse direttamente stanziato a tal fine, per un totale di 430,6 milioni (a cui si aggiungono 21,725 milioni dal riparto delle risorse stanziato dalla legge di stabilità 2013 per la non autosufficienza).

Va dato atto che alcune regioni, come l'Emilia Romagna , stanno facendo uno sforzo enorme per non scendere sotto la soglia critica *“di non ritorno”* e mantenere uno standard decoroso dei servizi. Questo sforzo non potrà durare per molto tempo. Il rischio più serio è che a causa della fase di crisi e di difficile governabilità del paese le risorse disponibili per il SSN calino ancora per l'anno 2014.

Quali sono gli effetti di questa situazione? E' evidente che le strutture del SSN stanno soffrendo da tempo la mancanza di risorse.

I tagli comportano un peggioramento progressivo di una serie di fattori che incidono sulla efficienza ed efficacia e produttività del sistema di servizi che compongono la struttura portante del SSR.

In primo luogo vi sono sofferenze nel personale medico e infermieristico: i pensionamenti di personale medico non vengono molto spesso rimpiazzati, la chiusura di reparti comporterà la messa in mobilità di personale altamente specializzato a tutto vantaggio della sanità privata che non spenderà un euro per la formazione...

2 Chi ha detto che il Ssn non è sostenibile? di Manuela Perrone. Il Sole 24 ore 5 febbraio 2013

Le assunzioni di nuovo personale saranno pari ad un nuovo assunto, medico o infermiere per quattro che si sono dimessi o sono andati in pensione...

Le stesse attività di formazione e aggiornamento del personale saranno ridotte.

Le uniche assunzioni che vengono celebrate sulla cronaca sono quelle di manager contabili in grado di tagliare la spesa .³

L'equazione "tagliare senza abbassare la qualità", al di là della propaganda consolatoria, non è più praticabile: il superfluo non c'è più da tempo, ora si taglia la carne viva della struttura che tiene in vita il Servizio pubblico.

La mancanza di risorse inciderà poi direttamente sulla manutenzione degli edifici, degli impianti e delle tecnologie sanitarie. In breve tempo si assisterà ad una obsolescenza tecnologica che declasserà i servizi di diagnosi e cura pubblici a vantaggio del privato che agirà in regime di convenzione e di mutualità privata.

Il razionamento degli eccessi di consumo di prestazioni diagnostiche tramite i ticket, da tempo, per alcune tipologie di prestazioni, sta producendo un effetto collaterale di erosione della capacità del servizio pubblico di concorrere con i laboratori privati che con politiche calcolate fanno coincidere il costo della prestazione o del l'esame diagnostico con quanto il paziente avrebbe pagato per il ticket nella struttura pubblica.

Vi sono poi scelte da parte di alcune Usl di trasferire in *outsourcing* a strutture sanitarie private prestazioni di day hospital che consentono di realizzare immediate economie di scala. Nel medio periodo questo processo di outsourcing potrebbe costare molto caro per la perdita delle competenze e di capacità di controllare la qualità delle prestazioni acquistate dal SSN sul mercato della sanità privata.

Queste scelte organizzative hanno subito una forte accelerazione in ragione della crisi e molto spesso avvengono in forma frammentata senza una strategia chiara per il medio e lungo periodo su quali servizi essenziali mantenere all'interno della struttura pubblica e quali porre in outsourcing.

L'altro aspetto sul quale sviluppare una ricerca approfondita riguarda la trasformazione dei rapporti di lavoro all'interno della struttura dei servizi pubblici. I processi di precarizzazione del personale medico e infermieristico sono emersi in diverse ricerche. Vi è stato un periodo in cui erano in essere contratti a ore senza alcun diritto da parte del professionista di ferie, malattia, contributi previdenziali, ecc

Ci risulta che questa pratica sia stata superata tramite la diffusione di contratti regolari a termine, soluzione non soddisfacente ma incomparabile rispetto ai contratti a ore.

La precarizzazione dei rapporti di lavoro in strutture di servizio complesse come quelle del SSN rappresenta un indebolimento ed una perdita di efficienza delle stesse che sono difficilmente recuperabili nel breve periodo.

3 Sanità, 260 milioni di tagli ecco la stangata su corsie e piccoli ospedali. Repubblica Bologna. 6 febbraio 2013

Il management di formazione *bocconiana* cerca di applicare in sanità le ricette già provate (con relativi disastri organizzativi) nella industria manifatturiera , logistica e servizi : tecniche di outsourcing di servizi diagnostico terapeutici, utilizzo di lavoro anche ad alta specializzazione somministrato, intensificazione del lavoro con l'adozione di pratiche tayloristiche sempre più spinte.

La grande turbolenza che coinvolge il SSN viene governata con grandi difficoltà dagli assessori regionali alla sanità, con l'adozione di *strategie emergenziali* assai differenziate: sarebbe opportuno costruire una rappresentazione dei processi decisionali in atto e misurare le differenze e verificare , nel tempo, gli esiti di queste scelte.

Queste informazioni che derivano dai racconti delle esperienze che fanno diversi operatori sanitari, medici e infermieri incontrati richiedono una conferma scientifica tramite una ricerca orientata a individuare le trasformazioni organizzative che avvengono nel campo sanitario.

EFFETTI DELLA CRISI SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

La crisi prolungata che sta sfiancando le persone e le famiglie sta producendo anche danni allo stato di salute della popolazione.

Le ricerche che hanno rilevato dati significativi sono diverse . Secondo il Rapporto **COUNTRY REPORT ITALIA 2013** Le sfide decisionali per la salute e l'assistenza sanitaria in Italia.⁴

Questo Rapporto rileva , come altri rapporti, il deterioramento per una parte della popolazione degli stili di vita per quanto riguarda l'alimentazione (il calo delle razioni di frutta e verdura consumate) , l'obesità come dato trasversale dai bambini agli adolescenti, differenze di salute in ragione al reddito e alle professioni .

Riportiamo in sintesi i punti essenziali che sono emersi da questi rapporti:

- *una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione con uno sbilanciamento, nelle età più avanzate, a favore delle donne che godono di una maggiore sopravvivenza;*
- *l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", si sta riducendo a favore degli uomini pur risultando ancora consistente;*
- *la popolazione risulta ancora caratterizzata da comportamenti fortemente a rischio che necessitano d'interventi correttivi, soprattutto sulla fascia di popolazione giovane, per il contenimento degli stili di vita che possono influenzare in modo negativo sia la durata che la qualità della vita delle persone. Tra questi: il tabagismo che risulta più diffuso tra i giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni; l'eccesso ponderale (sovrappeso ed obesità) che negli anni sta aumentando progressivamente e l'attività fisiche, al contrario dei precedenti stili di vita, mostra un andamento positivo poiché, inentrambi i generi, è aumentata la quota di persone che praticano sport in modo continuativo ed è diminuita la percentuale di sedentari;*

⁴ Country Report Italia 2013 Le sfide decisionali per la salute e l'assistenza sanitaria in Italia
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9438305.pdf>

- le stime più recenti relative al 2012 confermano i tumori quale seconda causa di morte dopo le malattie cardio-circolatorie anche se, complessivamente, migliorano le percentuali di guarigione;
- i tassi di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, mostrano un andamento decrescente;
- nel nostro Paese la proporzione di parti cesarei è la più elevata, soprattutto nel Meridione, tra i Paesi dell'Unione Europea;
- più di un anziano ogni quattro vive in un nucleo monocomponente ed anche in questo caso si osserva un netto sbilanciamento verso il genere femminile;
- il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è aumentato notevolmente nel tempo e si prevede un ulteriore aumento nei prossimi anni;
- il numero delle persone con disabilità che vivono in famiglia è in crescita a causa dell'incremento della popolazione anziana;
- il trend del numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata si conferma in aumento;
- il consumo di antibiotici pongono l'Italia tra i Paesi a più elevato uso in Europa;
- si conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero sia in regime ordinario che in Day Hospital;
- la spesa corrente pubblica sul Prodotto Interno Lordo presenta un andamento in aumento.

Ancora altri dati estrapolati dai Rapporti di Ricerca confermano una situazione instabile degli indicatori che definiscono il patrimonio di salute della popolazione italiana.

E' verosimile supporre che gli investimenti in cure e interventi sanitari degli anni passati proiettino i loro effetti positivi ancora per qualche anno, ma tra breve si cominceranno a registrare gli effetti negativi derivanti dalla rinuncia a curarsi per ragioni economiche :

Secondo il Rapporto della Ricerca Censis Rbm del giugno 2012 , nell'anno precedente 9 milioni d'italiani hanno rinunciato a cure per la loro salute per mancanza di soldi.

.....«La sanità negata», censura il Censis. *Negata alle donne, agli anziani, alle famiglie con figli. Negata perché i tagli alla spesa pubblica significano riduzione delle prestazioni gratuite, negata dalle liste d'attesa e dai disservizi. Il 61% sono donne, 2,4 milioni sono anziani, 4 milioni vivono al Sud, 5 milioni sono coppie con figli: questa la foto impietosa di chi nell'ultimo anno avrebbe rinunciato a alle cure sanitarie per motivi economici.*

Il fenomeno, spiega il Censis, è particolarmente accentuato nelle Regioni con piani di rientro dal deficit sanitario, dove la crescita media della spesa pubblica è calata dal +6,2% del 2000-2007 a meno dell'1% nei tre anni successivi. A livello nazionale si è passati, nello stesso periodo, da aumenti annui del +6% al +2,3%. Anche in conseguenza dei

tagli, gli italiani che ritengono la sanità della propria Regione in peggioramento sono aumentati di dieci punti percentuali tra il 2009 e il 2012, fino al 31,7 per cento. Fonte sole24ore del 6 giugno 2012.....

Le politiche di austerità hanno prodotto altresì ulteriori differenze nella tutela del patrimonio di salute della popolazione: chi non ha i soldi né per i ticket né per il ricorso al privato semplicemente rinuncia alle cure fino a quando l'acutizzarsi della patologia costringe la persona al ricovero. Si è registrato d'altra parte un incremento della domanda di prestazioni in sanità privata proprio per bypassare le liste d'attesa rispetto ad interventi urgenti da parte dei cittadini con maggiori possibilità economiche.

Le differenze rispetto al diritto di curare la propria salute sono in rapido incremento come dimostra la ricerca CENSIS del 2012 "Il sistema sanitario in controluce. Rapporto 2012 Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza".⁵

E' palese che la crisi sta intaccando le strutture del SSN nel profondo: il mancato ricambio del personale sanitario medico e infermieristico per il razionamento delle assunzioni nel giro di poco tempo porterà al collasso organizzativo e operativo molte strutture.

La scelta del management e dei politici, verosimilmente sarà quella di "tamponare" e ritardare questi effetti negativi con la riorganizzazione dei servizi, le ristrutturazioni. Questa battaglia ha un senso e va agevolata se rappresenta una strategia di resistenza per durare nel tempo fino a quando a livello economico e politico si riapra la possibilità degli investimenti nel SSN pubblico, si riaprano le assunzioni e gli investimenti in tecnologie.

La sopravvivenza del SSN si gioca in un periodo non molto lungo nel quale occorre garantire un livello decoroso della qualità dei servizi, in grado di mantenere in vita il sistema evitando la deriva verso un punto di non ritorno. Quale sarebbe il punto di non ritorno? Il punto di non ritorno si evidenzerebbe allorché successive misure di tagli e interventi demolitivi riducessero la qualità del SSN a servizio sanitario destinato esclusivamente ai poveri, a tutti coloro che non sono in grado di pagarsi una polizza assicurativa sanitaria. La trasformazione del SSN in una forma simile al Medicare Usa è l'ipotesi da combattere. In tal senso occorre aprire anche nel sindacato un confronto di merito sugli accordi aziendali che promuovono l'accensione di polizze sanitarie. Come sono congegnate queste polizze, quali sono le prestazioni coperte, quale relazione hanno con la sanità privata: tutto questo deve avvenire con il massimo della trasparenza. Le polizze integrative per le cure odontoiatriche sono una cosa buona, meno convincenti sono le polizze che ti inseriscono nella filiera della sanità privata per prestazioni di buona qualità che vengono erogate anche dal pubblico.

Questo è il terreno di battaglia civile e politica per ribaltare le ideologie neoliberiste che vogliono riconsegnare la cura della salute al mercato, trasformare il diritto alla salute in un bisogno da soddisfare, in base al proprio reddito, comprando le prestazioni sanitarie sul mercato.

⁵ Il Sistema Sanitario in controluce Ricerca curata da Fondazione Censis Rapporto 2012 Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza - <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4701882.pdf>

Sulla tematica dei LEA (livelli essenziali di assistenza) , della qualità delle prestazioni offerte dal SSN vi è ampio spazio per un confronto e per la costruzione di una strategia condivisa dalla maggioranza dei cittadini ed è pure l'occasione per spostare il dibattito politico dallo stagno melmoso delle invettive dei clown di turno contro tutto ciò che è pubblico ai problemi seri che riguardano la vita delle persone.

Tra questi problemi , infine, vi è senz'altro l'incremento delle differenze di salute in relazione alle professioni svolte.

Vi è stato negli ultimi 40 anni uno sforzo titanico per ridurre le differenze di salute, per aumentare l'aspettativa di vita in salute per i lavoratori esposti a rischi come la silice, le sostanze chimiche, rumori, disturbi muscolo scheletrici, lo stress .

Questo straordinario lavoro di promozione della prevenzione da parte degli operatori degli Spsal rischia di essere accantonato o messo in sonno : la questione salute e sicurezza sul lavoro pare essere messa in disparte. Non stiamo dicendo che qualcuno smantella questi Servizi posti a presidio della salute dei lavoratori con protervia, più semplicemente in diverse regioni vengono applicati i tagli con particolare sollecitudine nel settore della prevenzione collettiva in quanto la ridotta o nulla attività dello Spsal è meno visibile e genera meno allarme della chiusura di un reparto ospedaliero..

Spero che queste brevi riflessioni sull'enorme e complesso pianeta della sanità pubblica e privata sia di stimolo per lo sviluppo di una ricerca più approfondita.

.