

Il Servizio Sanitario Nazionale tra declino e rinascita

riflessioni di Gino Rubini

La lettura del IX Rapporto Sanità "Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche" a cura del Crea dell'Università di Tor Vergata vincola il lettore, non lascia spazio alle polemiche ideologiche, l'analisi dei dati offre un'immagine abbastanza preoccupante dello stato di salute del SSN. Dati e valutazioni sullo stato dell'arte contenute nel Rapporto rappresentano una conferma di molte osservazioni e prese di posizioni di altri Enti e Istituti che svolgono ricerca in questo ambito.

E' dall'inizio della crisi che le cose non vanno per niente bene per il SSN: 10 miliardi sono stati tagliati con la *spending review* dal governo Monti e pare non sia ancora finita. Cala la spesa sanitaria: nel nostro paese spendiamo il 24% in meno della media UE.

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 Pubblica Amministrazione 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 mercato, secondo cui lo Stato deve liberarsi di una parte della spesa pubblica, Sanità compresa».

Ulteriori tagli non sarebbero sostenibili per il Sistema sanitario nazionale. L'allarme arriva dall'analisi contenuta nel IX Rapporto sanità Cies (Center of economic and international studies) - Crea (Consorzio per la ricerca economica applicata in sanità) dell'Università Tor Vergata di Roma. Nel 2011 la spesa sanitaria pro capite in Italia è stata inferiore al 23,9% rispetto alla media dei paesi appartenenti alla Ue. Anche quella pubblica pro capite è inferiore a quella dei 14 paesi europei: con una differenza del 22,2%.

Il "riequilibrio dei conti", la pratica dei tagli e delle chiusure di reparti ospedalieri e del crescente razionamento delle prestazioni non lascia intatta la "struttura portante" del SSN. La situazione d'incertezza nella programmazione del futuro apre grandi varchi per una aggressione alla sanità pubblica, al funzionamento dei servizi pubblici che debbono erogare i LEA.

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**, la situazione che conosco meglio, il fondo sanitario regionale per il 2013 ha subito 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 Sistema Sanitario Regionale, e ad alimentare (con 50 mln di euro), il Fondo regionale per la non autosufficienza, che si aggiungono alle risorse direttamente stanziare a tal fine, per un totale di 430,6 milioni (a cui si aggiungono 21,725 milioni dal riparto delle risorse stanziare 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, assumendoli, non spenderà un euro per la formazione... Le assunzioni di nuovo personale nel SSN 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.

Le politiche di razionamento delle prestazioni tramite ticket di accesso nel SSN stanno producendo effetti devastanti. Da una parte, per una serie di prestazioni sanitarie, visite specialistiche ed analisi laboratoriali i cittadini preferiscono pagare la prestazione presso Servizi privati piuttosto che pagare un ticket molto esoso e finire in una lista d'attesa nel Servizio pubblico.

Dall'altra molti cittadini, i nuovi poveri, smettono di curarsi perchè non hanno i soldi per il ticket.

Come siamo potuti arrivare a questo punto senza che vi fosse un'adeguata reazione a livello dell'opinione pubblica ?

Se questo è il quadro occorre interrogarsi sui limiti che hanno i Rapporti basati sull'analisi dei costi o solo sulle possibilità necessità di ulteriori tagli.

E' verosimile che questi lavori pregevoli e di elevata qualità possano in qualche misura essere utili per tracciare la linea oltre la quale si entra nel "punto di non ritorno" rispetto al rischio di collasso della rete di strutture del SSN.

Può essere utile per i decisori politici e per i dirigenti conoscere i limiti oltre i quali ulteriori tagli possono produrre un crash di sistema, ma questo non è sufficiente per invertire la tendenza al declino .

Per interrompere la tendenza al declino occorrono ben altri dati e forse un'impostazione volta a ripensare il sistema non solo come una rete di centri di spesa.

E' da anni non vi è un investimento serio per la costruzione di un profilo delle caratteristiche e delle criticità riferite al patrimonio di salute degli italiani suddiviso per regioni, classi d'età, morbilità per professione, con la ridefinizione delle trasformazioni profonde delle rappresentazioni culturali sociali di salute e malattia che sono avvenute nella testa delle persone e nei relativi comportamenti.

E' da molto tempo che non si ripetono studi e approfondimenti sulle differenze di salute nella popolazione riferite alle professioni, al reddito, all'istruzione, alla qualità degli stili di vita.

Non si investe in conoscenza, se non estemporaneamente per iniziative lodevoli a livello locale, per costruire una rappresentazione seria dello stato di salute della popolazione dopo anni di crisi.

La cultura del razionamento delle prestazioni e dello scoraggiamento burocratico ad usare il SSN ha sostituito in parte la cultura della programmazione con strategie centrate sugli obiettivi di salute della popolazione.

Sappiamo bene che la salute di una comunità e di una popolazione è la risultante di una molteplicità di fattori determinanti extra sanitari molto complessa : istruzione, lavoro e reddito adeguati, alimentazione, qualità dell'abitazione, speranza per il futuro, voglia di vivere dignitosamente.

Conosciamo bene le drammatiche condizioni di chi è senza lavoro, senza un reddito, con la prospettiva di vedere frantumato per sempre il proprio progetto di vita: migliaia di persone stanno vivendo questa condizione. Per loro non valgono le dotte disquisizioni sui livelli d'azione di questo o quel rischio industriale, di questo o quell'inquinante. La tutela del proprio patrimonio di salute è già compromessa nella quotidianità: peggioramento della qualità degli alimenti, rinunce alle cure del corpo a cominciare da quelle odontoiatriche, impoverimento della vita di relazione, autoriduzione delle aspettative e depressione.

Identità e autostima di tante migliaia di uomini e donne di ogni età sono esposte ai colpi distruttivi delle lettere di licenziamento, del contratto a termine che non viene più rinnovato.

Per questi motivi non è più sufficiente porsi soltanto nella logica della difesa del SSN così come si è strutturato nel tempo con una serie di modifiche organizzative che ne stanno snaturando l'operatività.

Occorre ripensare cosa vuol dire "fare prevenzione" in quest'epoca: nell'agenda del Rapporto si afferma: " *La quarta questione è poi quella della prevenzione e, ancor prima, delle politiche non sanitarie capaci di incidere sulla Salute: come la L. 833/1978 felicemente intuì, è inutile e inefficiente curare quello che si può prevenire e nessuna Società potrà mantenere e migliorare radicalmente i propri livelli di Salute se non agendo sui comportamenti e sugli stili di vita; da questo punto di vista le iniziative sono poche e insufficienti, e già si evidenziano rischi rilevanti, ad esempio a causa dell'obesità infantile.* "

Non si possono elaborare strategie per la salute, per la tutela e la promozione del patrimonio di salute della popolazione , in particolare dei giovani se non si ripensa il ruolo e la funzione del SSN nel coordinare le azioni di prevenzione , sanitarie ed extra sanitarie adeguate alle criticità di quest'epoca.

Ad esempio se affrontiamo la relazione tra salute e lavoro alla luce dei cambiamenti avvenuti nel mondo del lavoro dovremo ripensare complessivamente le modalità operative e le strategie sanitarie e non sanitarie per ridurre i rischi nei lavori sempre più frantumati e gli effetti ombra della relazione tra salute e mancanza di lavoro...

Ancora una volta la funzione strategica del Servizio Sanitario nazionale emerge come insostituibile per due aspetti che nessun sistema privato è in grado di assolvere: la riduzione delle differenze di salute in relazione ai lavori svolti e al reddito e il coordinamento e lo sviluppo di strategie non sanitarie capaci d'incidere sulla salute della popolazione.

Il Rapporto rappresenta un punto di riferimento anche per quanto non dice in relazione alle nuove complessità che un SSN che si propone la tutela della salute della popolazione dovrà affrontare in quest'epoca dalle trasformazioni dei contesti lavorativi alle nuove povertà.