

Salute

Effetti collaterali delle carenze della sanità pubblica in Italia

di

· Maria Vella*

La sanità pubblica subisce una continua erosione: nel prossimo decennio un terzo degli italiani non potrà più fare riferimento al medico di famiglia. Il SSN deve essere riorganizzato, sulla base di un modello multi-pilastro, con nuove regole ed operatori che possano garantire una risposta universale anche per le future generazioni. Non è più sufficiente limitarsi a garantire finanziamenti adeguati alla sanità pubblica, ma è necessario affidare in gestione il diritto alla salute dei cittadini al di fuori del SSN. Le Società di Mutualità Sanitaria (SMS) sono una risposta, a condizione che sappiano compattarsi e fare rete

L'Italia, si ripete spesso, è pesantemente colpita dal regredire della sanità. Innanzitutto sanità è un termine che occorre specificare, perché «non è da confondere con “salute”, essendo essa solo una delle variabili che influenzano questo concetto, assieme ad altre componenti che solitamente siamo soliti trascurare, facendo coincidere il concetto della sanità con la salute» (da progetto “La salute nelle città”, intervista a Stefano Zamagni, a cura di B. Sfogliarini, 2016). Ciò implica, come dimostreremo, che occorre fare riferimento ad un concetto più ampio rispetto a quello che solitamente consideriamo, per le inevitabili interconnessioni che sussistono fra i due.

La sanità (cioè tutti gli strumenti, le persone e i servizi che lo Stato mette a disposizione dei cittadini), non è la sola declinazione della salute, ma solo uno degli elementi che ne fanno parte. A questa si aggiungono altre variabili: prima di tutto, gli stili di vita di ogni singolo cittadino (se le persone mangiano troppo cibo spazzatura, tenderanno a diventare obese, con tutte le conseguenze che questo comporta per il sistema sanitario), l'ambiente (in città inquinate come Pechino o Shanghai il rischio di malattie cardiocircolatorie e respiratorie è particolarmente elevato, con un forte impatto sulla salute dei cittadini), il tipo e la qualità del lavoro (che possono avere ripercussioni fisiche e/o psicologiche di vario tipo sulla salute del singolo), per non parlare poi dell'assenza di lavoro e delle conseguenze sulla qualità e sull'aspettativa di vita, perché quando non si lavora si vive peggio e si innescano una serie di meccanismi che diminuiscono potenzialmente o peggiorano la vita (alcool, gioco o delinquenza) o l'aspettativa di vita (per fare un esempio, le statistiche dicono che, per la prima volta, nel Sud Italia c'è stata un'inversione di tendenza e la curva dell'aspettativa di vita ha cominciato a scendere ed è stato dimostrato empiricamente che il

risultato non dipende dalla riduzione delle strutture sanitarie ma dall'aumento della disoccupazione, con le conseguenze che ciò ha comportato nel medio-lungo termine). A queste grandezze si aggiungono la crisi del ciclo di vita della struttura familiare tradizionale, il sistema educativo e le opportunità socio-economiche che ci vengono offerte: è innegabile che, fra queste determinanti, le ripercussioni sulla sanità e sulle variabili economiche dominano le politiche, l'opinione pubblica e l'immaginario collettivo.

Confrontato con altri Paesi europei, il livello medio della sanità in Italia è ancora buono e per alcune patologie raggiunge livelli di eccellenza, ma persistono segnali preoccupanti che indicano una diminuzione dello stato di salute degli italiani ed emergenti aspetti sociali negativi (le dinamiche demografiche e l'invecchiamento della popolazione in primis): in tutto il mondo è, infatti, aumentata la speranza di vita media attesa di ciascun individuo e, di conseguenza, gli anni trascorsi con patologie croniche degenerative, che hanno portato ad una sempre più esigente domanda di prestazioni previdenziali, sanitarie e sociali. Inoltre povertà, emarginazione, discriminazione, fenomeni migratori, disuguaglianze socio-economiche, stili di vita sedentari, isolamento sociale (e non solo) e anche altri aspetti comportamentali che specificheremo esprimono la necessità di accelerare la risoluzione dei problemi di sostenibilità finanziaria del Welfare sanitario pubblico, comune a tutte le economie avanzate.

Da qualche anno, per quanto riguarda la Sanità italiana, facciamo riferimento al Welfare Day, organizzato da RBM Assicurazione Salute, durante il quale viene presentato il Rapporto (quest'anno il IX°) realizzato col CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata per scoprire l'ormai consueto tendenziale accrescimento delle disparità regionali, l'aumento della spesa privata in sanità e l'allungamento delle liste di attesa delle strutture pubbliche, sebbene con alcune eccezioni (Veneto, Emilia Romagna e Toscana in primis, per arginare il problema hanno introdotto la disponibilità ad appuntamenti serali e festivi nelle strutture pubbliche). Ma a fronte di queste preoccupanti notizie tratte dalle variabili quantitative ed ampiamente diffuse, ne emergono annualmente altre, specificatamente comportamentali (quindi di natura qualitativa) sulle quali vogliamo soffermarci.

A tal proposito, vogliamo fare riferimento a quanto emerso nel 2018, quando il Rapporto appena citato ha evidenziato che le carenze e le disparità dell'offerta sanitaria pubblica provocavano sempre più il ricorso degli italiani all'autoregolazione della salute. **Il 73,4% degli italiani era, infatti, convinto che fosse possibile curarsi da solo (con un incremento del 9,3% rispetto al 2007); di questi, il 56,5% riteneva che fosse possibile curarsi autonomamente perché ognuno conosce i propri piccoli disturbi e le risposte adeguate e il 16,9% perché era il modo più rapido.** I principali canali informativi degli italiani rimanevano il medico di medicina generale (53,5%), il farmacista (32,2%) e il medico specialista (17,7%), con la crescita del web (28%). Questi preoccupanti fattori, contribuivano a spingere gli italiani a rinunciare ai controlli sanitari e alle cure (per i ritardi) o ad indebitarsi per affrontare esami ed operazioni talvolta vitali, a causa dei continui tagli e delle «razionalizzazioni» della spesa sanitaria pubblica degli ultimi dieci anni: un sollievo per tante Regioni, a scapito dei cittadini con redditi modesti.

Quest'anno, a latere dell'ulteriore aumento delle disparità regionali, in termini del costo dei ticket e delle liste di attesa e della spesa sanitaria privata nel 2018 (lievitata del +7,2% in termini reali rispetto al 2014 a fronte del -0,3% della spesa sanitaria pubblica) è emersa un ulteriore effetto comportamentale (sempre a causa dell'accentuarsi dei dati negativi): **il ripiegamento degli italiani**

nel Pronto Soccorso (anche in caso di non emergenza), a cui si è rivolto il 38,9% degli italiani perché non erano disponibili altri servizi come il medico di medicina generale, la guardia medica o l'ambulatorio di cure primarie; il 17,3% lo ha fatto perché ha maggiore fiducia nel Pronto Soccorso dell'ospedale rispetto agli altri servizi e solo il 29,7% si è rivolto al Pronto Soccorso per una condizione di effettiva emergenza e di bisogno. Quasi la metà dei cittadini (precisamente il 48,9% con punte del 54,5% al Nord-Est) ha espresso parere positivo a proposito dell'esperienza vissuta nell'accesso al Pronto Soccorso. **Si tratta di una domanda sanitaria drogata dalle non urgenze, stimolata dalla caccia alla migliore soluzione per il proprio problema, che trova impropriamente risposte nel Pronto Soccorso innescando ripercussioni ben più drammatiche sul nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN):** il boom dei ricoveri per il caldo e le ferie del personale nel periodo estivo hanno fatto scattare l'allarme nella sanità italiana, in particolare per la mancanza dei medici, specie nel Pronto Soccorso (come denuncia Eurispes, in SOS Sanità, 2019). La sofferenza è particolarmente sentita al Centro Sud: in Molise, Sicilia, Campania, Calabria e Lazio gli ospedali registrano il 30% di dotazione organica in meno rispetto a dieci anni fa, secondo le stime dei sindacati del settore. La situazione è così grave nel Molise che Elisabetta Trenta (Ministro della Difesa) ha addirittura ipotizzato l'invio di medici militari per far fronte alla carenza del personale.

Per il prossimo decennio questo significherà una carenza di 16.000 medici di base e la quasi certezza che almeno un terzo dei residenti nella Penisola non potrà avvalersi del medico di famiglia e degli organici nelle strutture pubbliche per l'invecchiamento del personale sanitario (specie in alcune aree) che non sarà possibile colmare col necessario turnover (secondo la Federazione Italiana dei Medici di Famiglia circa 21.700 medici di base andranno in pensione entro il 2023, mentre il numero dei giovani medici "in ingresso" si prevede non sarà superiore alle 6.000 unità). Il dato è tanto più allarmante guardando da oggi al 2025, periodo per il quale si prospetta una forte quota di pensionamenti. Verranno, infatti, collocati a riposo 47.300 medici specialisti del SSN, a cui si aggiungono circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, mentre nello stesso periodo gli specialisti formati saranno solo 40.000. Ad aggravare il dato, la constatazione che, **nell'ultimo decennio, su 100 dottori in medicina europei che lasciano il paese d'origine, ben 52 sono nostri connazionali e se si confermerà il trend dei giovani medici che scelgono l'estero, il turnover risulterà ulteriormente deficitario ed i fenomeni di carenze professionali, già diffusi ma non ancora esplosi nella loro drammaticità,** si manifesteranno ampiamente, allargando oltre misura la forbice tra pensionamenti e nuovi ingressi. Emergenza acuitizzata dal fatto che, confrontando la situazione italiana con quella dei maggiori partner europei, peculiarità del nostro modello sanitario pubblico è insita nel ruolo centrale affidato alle strutture ospedaliere: criticità che il Rapporto Eurispes-Enpam "Il Termometro della Salute" (2017) aveva già indicato, tempo fa, con qualche preoccupazione.

Il fabbisogno sanitario degli italiani quindi cresce e si ridefinisce per invecchiamento e cronicità mentre la sanità pubblica subisce una continua erosione e, non potendo coprire tutto il fabbisogno sanitario, raziona l'offerta delle prestazioni. Il SSN deve perciò essere riorganizzato, sulla base di un modello multi-pilastro, con nuove regole ed operatori che possano preservare i fondamentali del nostro Sistema Sanitario, garantendo una risposta universale e tutelare il diritto alla Salute anche per le future generazioni. In questa nuova prospettiva si inserisce il ruolo crescente del comparto privato profit e Non profit (assicurazioni in primis e mutue sanitarie integrative in espansione) che, negli ultimi anni, di fronte alla crisi, si è andato strutturando in termini di organizzazione, diversificazione e qualità dei prodotti e delle tariffe per colmare le lacune dell'offerta pubblica e soddisfare la nuova domanda di sanità, che si va

spostando sempre più sui mercati privati. Il già citato Rapporto Censis-Rbm 2019 mostra come, **attraverso una riorganizzazione dell'attuale sistema delle detrazioni sanitarie, si potrebbe finanziare completamente un sistema di defiscalizzazione che supporti l'adesione di larghe fasce della popolazione a forme di sanità integrativa.** Esperienze territoriali già sperimentate in altri paesi: Spagna e Germania, segnalano, infatti, che i fondi sanitari siano uno strumento particolarmente efficace per garantire il riallineamento di livelli di base a tutta la popolazione a fronte delle disparità territoriali sanitarie.

Tra l'altro, con la riforma del Codice del Terzo settore (CTS, D.Lgs 117/2017), le mutue sanitarie nazionali si smarcano dal quadro giuridico che le ha spesso assimilate alle cooperative (pur non potendo svolgere attività di impresa) e vengono formalmente riconosciute come protagoniste dell'economia sociale italiana. Una novità importante accreditata dall'economista Stefano Zamagni che ha dichiarato: «rispetto agli Stati Uniti, l'Italia spende meno della metà eppure ha una performance, rispetto agli standard definiti dall'Organizzazione Mondiale della Salute, di gran lunga superiore. Basta questo dato per dimostrare che occorre difendere la biodiversità economica e, soprattutto, per affermare che l'ostilità nei confronti delle mutue è stata ingiustificata e irricognoscibile». La sanità integrativa è, infatti, più conveniente e più equa (cfr Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute).

Non è più sufficiente limitarsi a garantire finanziamenti adeguati alla sanità pubblica, ma è necessario affidare in gestione il diritto alla salute dei cittadini al di fuori del SSN, attraverso una governance innovativa con cui colmare la domanda sanitaria degli italiani, garantendo a tutti la possibilità di aderire alla sanità integrativa, perché un sistema sanitario universalistico è incompatibile con l'attuale necessità strutturale di integrazione individuale pagata direttamente dai malati, dagli anziani e dai redditi più bassi. In quest'ottica, ha proseguito Vecchietti «pensiamo che la sanità integrativa possa essere una leva importante in termini di perequazione dei livelli assistenziali tra le regioni e quindi un asset da tenere fortemente in considerazione sia in una logica di ribilanciamento di sostenibilità del servizio sanitario nazionale sia in una logica di avvio del percorso di regionalismo differenziato che non deve essere diseguale». Attualmente in Italia le Società di Mutualità Sanitaria (SMS) sono meno diffuse rispetto agli altri paesi europei (Francia in primis¹) ma, la crisi della sanità pubblica, evidenziata e nota, accentuerà sicuramente la tendenza avviata dalla Riforma del Terzo Settore per creare una situazione congiunturale favorevole per i prodotti ed i servizi che le SMS offrono ad integrazione del servizio sanitario pubblico, in un'ottica di Welfare sociale (a differenza del business delle assicurazioni): principali ostacoli a questa politica espansiva oggi sono rappresentati dalla concorrenza del profit (le assicurazioni) e dalla grave frammentazione del settore. A questo proposito **l'Italia vanta numerose società di mutuo soccorso con caratteristiche diversificate in base ai distinti bisogni del territorio ma, finché non sapranno compattarsi e fare rete, non potranno raggiungere la massa critica necessaria per concorrere con realtà orientate al profitto né potranno essere efficaci nei confronti dei decisori politici e della comunità.**

¹ Dei 120 milioni di persone che sono coperte da una mutua sanitaria ben 38 milioni sono francesi. Secondo i dati della Mutualité Française, inoltre, risulta che sono 85mila i soggetti che, a vario titolo, risultano impiegate nel comparto delle mutue (circa il 13% della forza lavoro nazionale ed il 6% del totale lavoratori nell'economia sociale e solidale), di cui 15mila nel settore della salute.

**Maria Vella è docente in Economia e gestione del Terzo settore all'Università di Siena, ideatrice e direttore scientifico di LET'S GO UNISI.IT. Quella che pubblichiamo è la sintesi di un articolo dal titolo Impatto della mutualità in Emilia Romagna: analisi e dati, in "Mondo sanitario", 3/2019, FRG Editore.*