

Audizione presso le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali)

INDAGINE CONOSCITIVA

La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica

Roma, 02 luglio 2013

L'allarme sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato lanciato da diversi anni, motivato anche da cambiamenti demografici ed epidemiologici come il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dei malati cronici e non autosufficienti.

In conseguenza di ciò, in ogni legge finanziaria ordinaria e straordinaria, sono stati introdotti, senza tenere conto degli effetti complessivi che avrebbero prodotto, centinaia di provvedimenti in materia sanitaria, la maggior parte dei quali orientati a tamponare la crescita di singole voci di spesa, ne sono esempio l'altalenante continuo assestamento dei sistemi di compartecipazione (ticket).

Oggi l'allarme è reso più cogente dalla recente crisi economica del Paese (non solo finanziaria, ma anche produttiva), che ha indotto ad attuare importanti tagli nel finanziamento.

Considerato il ruolo che il SSN ha nella protezione di un bene primario per la società quale è la salute, è lecito mettere in discussione l'opportunità di simili tagli, soprattutto in termini di priorità rispetto ad altri capitoli di spesa, senza per questo voler disconoscere la necessità di perseguire un equilibrio nella spesa pubblica.

Se è peraltro innegabile che l'entità del finanziamento del sistema di tutela della salute di un Paese non può prescindere dalla sua ricchezza complessiva, appare improponibile, perché inutile, oltre che lontano dai livelli di civiltà raggiunti in Italia, l'ipotesi di rinunciare al principio di universalità del SSN.

Esperienze di altri paesi (in particolare gli Stati Uniti), oltretutto, ci mostrano come l'assenza di Sistemi Sanitari universalistici, non solo non riduce la spesa sanitaria complessiva e al suo interno quella pubblica, ma determina un'offerta fortemente caratterizzata da un livello assistenzialistico di base per i meno abbienti contrapposto ad un livello di elite per i più ricchi, lasciando scoperta la classe intermedia, ampiamente maggioritaria nel nostro Paese, ma a forte rischio di evoluzione verso la povertà per l'intervento di spese sanitarie impreviste a seguito di gravi malattie.



Da più parti viene sostenuto che la sconfitta dell'evasione fiscale, magari sommata ad una ripresa del PIL, metterebbero rapidamente a disposizione del nostro SSN risorse adeguate a farlo uscire dalla situazione di emergenza attuale. Sia il primo che il secondo evento, però, per quanto desiderati e perseguiti, non sembrano così a portata di mano nel breve e nel medio periodo.

Qualche mese fa il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano così si esprimeva: *“Il Servizio Sanitario Nazionale ha fatto del nostro Paese uno dei paesi più avanzati. Bisogna non regredire, bisogna non abbandonare quella scelta, non abbandonare quella postazione che è titolo di civiltà per il nostro Paese, ma bisogna effettivamente saper intervenire in modo puntuale, con grande attenzione selettiva ...”*

“... la prospettiva debba essere quella di proseguire nel prossimo futuro secondo quella visione che è una visione di selezione attenta degli interventi di riduzione e contenimento della spesa, attraverso provvedimenti che siano davvero di innovazione e di razionalizzazione del sistema, senza nulla togliere alla sua logica ispiratrice.”

Abbiamo ritenuto queste considerazioni particolarmente condivisibili e meritevoli di riflessione ed attenzione: non si tratta di rifare tutto daccapo, non si può rinnegare la fondamentale ed obiettiva validità del nostro SSN, compreso un livello di efficacia ed efficienza che regge orgogliosamente il confronto internazionale.

Tuttavia, in un Convegno organizzato dalla nostra Associazione in occasione dell'ultima campagna elettorale (Allarme sostenibilità del SSN, Camera dei Deputati, 24 gennaio 2013), con l'obiettivo di conoscere le considerazioni e le proposte delle forze politiche che si candidavano a governare il Paese, abbiamo presentato due diverse indagini, una condotta da Doxa su un campione di cittadini, la seconda effettuata dal Centro Studi FIMMG su più di 2000 medici di medicina generale. Dai due sondaggi emerge che per entrambi i campioni, e ciò a conferma che la Medicina Generale ha la capacità di riportare a sintesi le esigenze della cittadinanza, forte è la preoccupazione sulla tenuta del nostro Servizio sanitario.

Riteniamo quindi sia giunto il momento di una messa a punto organica del SSN, articolata in cambiamenti veramente e concretamente innovativi, fra loro coerenti, con l'intento di garantire, nell'ambito delle specificità del nostro Paese, una prospettiva di stabile sostenibilità del Servizio, in un equilibrio governabile fra finanziamento possibile e spesa per la tutela dei diritti essenziali di salute della popolazione.

Di seguito presentiamo alcuni aspetti fondamentali che a nostro avviso, senza presunzione di esaustività, devono essere considerati e affrontati alla luce di una visione progettuale coerente ed innovatrice.



LIVELLI DI ASSISTENZA

L'attuale formulazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ha dimostrato la sua inadeguatezza: è un unico lungo elenco di prestazioni, teoricamente garantite a tutti, ma in pratica diversamente accessibili a ciascuno. L'accessibilità al diritto, che è componente essenziale per rendere effettivo il diritto stesso alla prestazione, è ancora fortemente influenzata dalla condizione sociale e geografica di appartenenza.

La forte interferenza fra condizione sociale e condizione di salute dovrebbe forse spingere, in funzione di una maggiore auspicabile sinergia nell'impiego delle risorse, a unificare l'attribuzione delle competenze, fino ad oggi storicamente divise fra enti istituzionali diversi (Governi, INPS, Regioni e Comuni), pur prevedendo le necessarie partecipazioni ai momenti di programmazione.

I Livelli Essenziali di Assistenza dovrebbero dunque essere sia sociali che sanitari e potrebbero essere dichiarati in forma di obiettivi di tutela, per ciascuno dei quali eventualmente dettagliare le prestazioni e le modalità di garanzia universale, secondo indicatori di appropriatezza e di accessibilità espliciti. Ciò anche sulla base di un preventivo di complessiva sostenibilità.

A questi si dovrebbero aggiungere Livelli Integrativi di Assistenza sociale e sanitaria, garantiti ai soli cittadini indigenti, a cui tutti gli altri dovrebbero poter provvedere con Fondi Mutualistici Integrativi, istituiti e regolamentati in modo da svolgere effettivamente una funzione integrativa e non sostitutiva.

FONTI DI FINANZIAMENTO

La fiscalità generale e i fondi integrativi

Pur con i limiti posti dal fenomeno dell'evasione, la fiscalità generale, a garanzia del rispetto del principio di solidarietà, dovrebbe rimanere la fonte principale del finanziamento. Allo stesso tempo ci chiediamo se non sia auspicabile pensare ad un Fondo Socio-sanitario nazionale, che inglobi anche tutte quelle risorse che ora sono destinate all'assistenza sociale, compresi gli assegni d'invalidità civile. In particolare, oggi, queste ultime risorse sono distribuite a pioggia sulla base di una classificazione della condizione di invalidità dell'individuo, svincolate sia dalla situazione economica e dai bisogni reali e contingenti della sua condizione, sia dalla possibilità di usare altri supporti che la famiglia e/o il contesto sociale possono offrirgli a prescindere dall'assegno sociale.

La gestione unitaria di queste risorse e la loro trasformazione totale o parziale in servizi potrebbe offrire l'opportunità di una maggiore personalizzazione dell'assistenza e una più verificabile appropriatezza del loro impiego.

In questo contesto riteniamo auspicabile che Fondi socio-sanitari, veramente integrativi rispetto a quelli sostenuti dalla fiscalità generale, possano essere alimentati dall'adesione volontaria o dal welfare contrattuale e regolamentati secondo principi non speculativi, ma di solidarietà e di appropriatezza in modo da renderli "appetibili" per la maggior parte della spesa "out of pocket", sia sanitaria che sociale (badanti, ecc.).



La partecipazione alla spesa

Per quanto la partecipazione alla spesa risulti sgradita ai cittadini, i risultati delle indagini demoscopiche dimostrano che in certi casi può essere anche condivisa.

La FIMMG, al di là di singole ipotesi di ristrutturazione, ritiene che il sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione debba essere unico per tutto il Paese piuttosto che differenziato per regione, e che sarà necessario risolvere l'assurdo per cui la compartecipazione alla spesa per una determinata prestazione finisce per costare più della prestazione stessa sul libero mercato.

Per quanto riguarda il merito dell'argomento, registriamo che in linea teorica, i due sistemi più presi in considerazione sono quello della franchigia correlata al reddito e quello dei ticket moderatori al consumo con esenzioni per patologia.

Come Associazione professionale riteniamo che debbano essere applicati entrambi, ciascuno per la sua funzione specifica, anche se il meccanismo delle esenzioni potrebbe diventare piuttosto complesso e forse dispendioso nella gestione.

Il livello di equità della compartecipazione alla spesa sarebbe sicuramente maggiore e meno costoso se attraverso un sistema informatizzato efficiente potesse essere agilmente utilizzato e verificato il sistema di classificazione ISEE del nucleo familiare di appartenenza e se l'attestazione di patologia, che dà diritto all'esenzione, fosse deburocratizzata.

ORGANIZZAZIONE

La programmazione e l'organizzazione, ai cui difetti sono molto spesso riconducibili disservizi e sprechi anche importanti, sono argomenti largamente dibattuti e oggetto di critiche sia da parte dei professionisti che dei cittadini.

Gli esperti da tempo concordano nell'affermare che entrambe dovrebbero essere più orientate ai processi e ai risultati desiderati che alle strutture, ma nonostante ciò abbondano in quasi tutta Italia duplicazioni (quando non moltiplicazioni) di servizi per assolvere carichi di lavoro che con difficoltà potrebbero saturarne uno. Le strutture fisiche e quelle operative devono avere funzione strumentale alla soddisfazione di bisogni appropriati e non alla certificazione dell'esistenza dei servizi stessi.

Ciò vale anche, ed in particolare modo, per il futuro indispensabile sviluppo dell'assistenza territoriale, per la quale non dovranno essere riprodotte le modalità organizzative che hanno determinato la crescita di una rete inappropriata di ospedali, la cui riorganizzazione risulta oggi dolorosa, non solo per motivi campanilistici.

Importante ci sembra anche la revisione dei criteri di carriera e gratificazione del personale medico dipendente, con il superamento delle rendite da posizione correlate ai ruoli assunti nella struttura organizzativa, a favore della verifica della quantità e qualità delle attività svolte. Probabilmente è necessario ripensare la struttura del CCNL dei medici e dell'altro personale sanitario dipendente, adattandolo alle esigenze del servizio oltre che a



quelle specifiche di ciascuna categoria di professionisti, alle necessarie flessibilità e alle responsabilità del ruolo svolto.

Anche per i medici convenzionati bisogna avere il coraggio di abbandonare vecchi pregiudizi ed affrontare concretamente l'ipotesi di una innovazione del settore in funzione degli interessi dell'assistenza. Non per niente questa Associazione professionale da oltre sei anni ha formulato la proposta della Ri-fondazione della Medicina Generale, che solo la recente legge 189 del 2012 per certi aspetti riecheggia, ma che è in attesa di applicazione per quantomeno avviarne la realizzazione. A questo proposito l'indagine del nostro Centro Studi FIMMG ha rilevato la disponibilità al cambiamento in oltre il 50% del campione di MMG, che sale al 92,4% se il cambiamento stesso è orientato dalle nostre proposte.

E' auspicabile anche la progressiva abolizione dei meccanismi burocratici di autorizzazione preventiva, soprattutto quando generata da organi collegiali, e l'introduzione di controlli a posteriori opportunamente strutturati, oltre che di processi di audit. Ciò vale per tutte le prestazioni del SSN, ma in modo particolare per l'assistenza protesica ed i presidi sanitari.

Si riapre qui, come per il sistema di classificazione ISEE, la ferita dell'inadeguato supporto informatico, che potrebbe invece, se funzionante, offrire un aiuto fondamentale ai controlli di appropriatezza per correggere gli errori senza mobilitare a tappeto gli organi di polizia giudiziaria (guardia di finanza e NAS), attivandoli, invece, in casi realmente sospetti. Qual è la spesa, oggi non contabilizzata nella spesa sanitaria, ma comunque a carico dell'erario, che si potrebbe risparmiare e quante risorse si potrebbero recuperare impegnando le stesse forze nella lotta all'evasione?

Purtroppo il cuore della informatizzazione italiana è affidato alla SOGEI, un'azienda pubblica che, indipendentemente dal valore individuale delle persone che vi operano, si è fino ad ora dimostrata assolutamente inadeguata, incapace di rapportarsi con le realtà operative che devono avvalersi dei suoi servizi, una vera palla al piede dello sviluppo dell'informatizzazione del Paese, ma capacissima di rallentare e ostacolare l'operatività di interi settori quale quello sanitario.

GOVERNANCE DEL SSN

I sondaggi più volte citati dimostrano che l'85% dei cittadini attribuisce, sia pure in misura diversa, la prima responsabilità dei problemi del SSN alla "cattiva politica e alla corruzione". Al secondo posto (75% circa) mettono la "cattiva organizzazione", al terzo (55% circa) "l'aumento delle patologie e l'elevato costo delle cure" e al quarto (52% circa) "l'abuso dei cittadini di un servizio sostanzialmente gratuito".

Il 53% dei cittadini ritiene opportuno un recupero di responsabilità dello Stato nel finanziamento e nell'organizzazione del SSN. Invece, l'82% dei medici ritiene che le competenze delle Regioni in sanità debbano essere più o meno rimodulate, mentre l'11,9% le vorrebbe completamente abolire.



Pur nel rispetto delle necessarie autonomie regionali e, aggiungeremmo, aziendali, ci pare evidente l'esigenza di definire con maggiore chiarezza i ruoli rispettivi dei diversi livelli di governance del sistema: centrale, regionale e aziendale.

Ci chiediamo inoltre se siano adeguate le attuali attribuzioni del Ministero della salute. La FIMMG si è più volte espressa a favore del potenziamento delle attribuzioni del Ministero della salute, trasformandolo ad esempio in un Ministero della salute e dei servizi sociali e, salvo che per la definizione del fondo socio-sanitario nazionale, abbiamo più volte sottolineato la necessità di affrancarlo dal "commissariamento" perpetuo del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

CONCLUSIONI

I medici di medicina generale vivono quotidianamente, nel rapporto con i loro assistiti sani e malati (oltre 2 milioni di contatti al giorno), le soddisfazioni e le delusioni che i cittadini provano quando si confrontano con il Servizio Sanitario. Sanno quanto sia importante per tutti, in particolare per gli anziani e per i malati, poter avere un punto di riferimento quando l'incidente o la malattia, loro o dei loro cari, provoca preoccupazione e smarrimento.

La tutela della salute di tutta la popolazione, come recita la Costituzione, è un interesse collettivo, perché la fa vivere meglio e crea le condizioni necessarie a generare qualsiasi tipo di benessere: privato e pubblico.

In un momento in cui l'Italia deve necessariamente affrontare una svolta, economica e culturale, che le consenta di sperare in un futuro migliore, è impensabile non ritenere fondamentali gli aspetti che riguardano il grado e le modalità della tutela della salute.

In allegato:

- Indagine DOXA: "La sanità in Italia: opinioni e giudizi della popolazione" Gennaio 2013
- Indagine Centro Studi FIMMG: "Allarme Sostenibilità del Ssn: i risultati di un questionario condotto su un campione di mmg" Gennaio 2013