

Garantire l'universalismo che tanto bene ci contraddistingue

Tagli e investimenti, sistema pubblico, privato o misto, ticket e superticket, liste di attesa e robotizzazione

Quali sono i punti deboli del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) che ne minano la sostenibilità e l'universalismo?

Credo che il punto centrale in questo momento sia, in senso generale, il sottofinanziamento. Paradossalmente il problema della sostenibilità va affrontato da un diverso punto di vista, cioè non pensando che dobbiamo spendere meno perché non ci sono le risorse, ma che al contrario stiamo spendendo troppo poco rispetto alle risorse che sono necessarie per mantenere la qualità del nostro servizio sanitario, che ha come punto di forza l'accessibilità su tutto il territorio nazionale e quindi l'universalismo. In riferimento ai finanziamenti dedicati al Ssn siamo ormai al di sotto rispetto a quelli garantiti dai paesi con cui normalmente ci confrontiamo, e rischiamo di andare sotto in modo significativo anche rispetto al livello di guardia di incidenza della spesa per il Ssn sul pil che è stabilita dall'Organizzazione mondiale della sanità al 6,5 per cento, livello sotto il quale il finanziamento non è più adeguato a garantire un buono stato di salute alla popolazione.

Paradossalmente la sostenibilità va vista da un diverso punto di vista, cioè non pensando che dobbiamo spendere meno perché non ci sono le risorse.

C'è un punto specifico che sta emergendo ormai anche dalle cronache, di cui ovviamente chi si occupa di questi temi è ben consapevole da tempo, che riguarda il personale sanitario. Il sistema non ha programmato in modo adeguato la sostituzione dei professionisti sanitari che vanno in pensione, siano essi medici di medicina generale oppure ospedalieri, o personale non medico. È una falla che rischia di diventare molto significativa, sicuramente nel breve periodo ma anche nel lungo. Si parla di un pensionamento che può interessare nel giro di una decina di anni più di 33.000 medici di base e più di 47-48.000 medici ospedalieri; di questi ne verrà sostituita solo una parte e quindi è un problema molto serio. È un problema di numero ma anche di qualità del lavoro, perché ormai molteplici vincoli imposti alla sanità e alle dotazioni che la finanziano stanno comportando un uso intensivo della forza lavoro, con turni massacranti, e problemi di precariato che causano anche demotivazione.

Esistono delle vie per utilizzare meglio i soldi che si spendono, soluzioni fondamentali per garantire la sostenibilità del Ssn, intervenendo al tempo stesso sui punti di debolezza osservati. Mi riferisco per esempio al non essere riusciti a ottenere un'adeguata integrazione sociosanitaria che fronteggi il tema della non-autosufficienza e dia un sostegno alla questione della domiciliarità. È un bisogno prevalentemente di tipo assistenziale (non sanitario) a cui non si dà risposta, e ciò comporta anche dei costi molto elevati,



Intervista a
Maria Cecilia Guerra

Docente di scienza
delle finanze
Università di Modena
e Reggio Emilia

quali il ricorso a ricoveri impropri, o l'affidamento a residenze protette di persone che potrebbero essere aiutate a domicilio. L'integrazione sociosanitaria è quindi un modo non solo per migliorare la qualità della vita degli anziani e dei loro familiari, ma anche per ridurre i costi e rendere il sistema più sostenibile. Altro tema è quello della politica del farmaco. Un nostro punto debole è sicuramente un uso eccessivo di alcuni farmaci – pensiamo agli antibiotici – o il fatto che non abbiamo una politica seria dei farmaci equivalenti, che rappresentano da noi solo il 18-19 per cento dei consumi, quando dovrebbe essere il 50 per cento e oltre. Anche questo permetterebbe di risparmiare sul costo del Ssn. L'ultimo aspetto, che ha proprio a che fare con la sostenibilità, è quello della prevenzione: negli screening per prevenire o diagnosticare precocemente i tumori, per esempio, notiamo molta differenza a livello regionale; la mancanza di screening di prevenzione comporta il non avere delle diagnosi precoci, e questo, oltre a portare banalmente rischi più grandi per la persona stessa, comporta anche costi più elevati per il Ssn. Credo quindi che ci sia ampio margine per intervenire risparmiando e allo stesso tempo per qualificare maggiormente il nostro Ssn al fine di garantire proprio questo universalismo che tanto bene ci contraddistingue.

In un'ottica di sostenibilità, i finanziamenti del Ssn dovrebbero arrivare esclusivamente dalle tasse?

Attualmente abbiamo due fonti di finanziamento: i ticket e le tasse. I ticket però sono nati nel nostro sistema con la funzione di contrastare il cosiddetto "moral hazard", cioè l'eccesso di consumo indotto dal fatto che non si deve pagare nulla per l'acquisto delle cure. Originariamente quindi il ticket era un granellino nell'ingranaggio per evitare prestazioni eccessive e non motivate dal bisogno; invece col tempo è diventato anche un mezzo di finanziamento. Bisogna tenere conto che nonostante i ticket siano generalmente articolati in relazione alla condizione economica, quindi paga di più chi ha maggiori possibilità economiche, si tratta sempre e comunque di un costo sostenuto da una persona malata e che è in una situazione di bisogno. Non dimentichiamoci che lo stato di bisogno dovrebbe essere soddisfatto e garantito su base universale; pertanto dovremmo spostare il finanziamento sulla fiscalità generale, che tiene conto, come giusto, della condizione economica, senza penalizzazioni imputabili allo stato di salute.

I ticket – in particolare nella componente definita "superticket" – come fonte di finanziamento sono particolarmente dannosi da ogni punto di vista, perché hanno compor-

tato costi elevati per prestazioni anche molto diffuse – come le semplici analisi del sangue – che rendono il sistema pubblico non competitivo dal punto di vista del costo rispetto al sistema privato. Di fatto, inducono fasce rilevanti del ceto medio a rivolgersi al settore privato, e questa tendenza alla espulsione dal sistema sanitario pubblico è a mio avviso particolarmente dannosa perché riduce un elemento fondamentale: la pressione che l'utenza può esercitare su un miglioramento del Ssn stesso. Se il servizio pubblico viene utilizzato solo dalla fascia più povera della popolazione, questa parte di cittadinanza rischia di avere poca voce e poca possibilità di contare ai fini di un miglioramento delle prestazioni. Quindi eliminare i superticket e confinare i ticket alla funzione che devono svolgere – cioè a una sola funzione di contrasto al moral hazard – servirebbe a riacquisire un giusto finanziamento e ad evitare un'inefficienza e un decadimento della qualità che può derivare appunto da una costruzione del Ssn che sia residuale, cioè solo per le persone che non hanno mezzi per curarsi diversamente.

Più robotizzazione e meno posti di lavoro anche per la disoccupazione si traducono in un minore gettito fiscale. Come rendere sostenibile il paese?

Un avanzamento tecnologico in sanità è importante e utile – così come lo sarebbero altri progetti di informatizzazione – perché comporta progressi enormi e permette di rispondere in maniera migliore a un bisogno. I problemi che questi progressi portano sul campo del lavoro vanno affrontati per tempo (e questo vale non solo per il sistema sanitario ma in generale) e con diverse modalità. Da un lato, uno sviluppo tecnologico di questo tipo crea valore aggiunto, perché permette di soddisfare le stesse richieste – o anche maggiori richieste – con costi più bassi. Ma questo valore aggiunto non deve rimanere nelle mani di pochi soggetti (come avviene

Credo che ci sia ampio margine per intervenire risparmiando e allo stesso tempo per qualificare maggiormente il nostro Ssn.

in generale per le grandi multinazionali, ad esempio, dell'high-tech). Bisogna invece che ci sia la possibilità di redistribuirlo. E si può fare in due modi. Per quanto riguarda specificamente la forza lavoro, nel momento in cui c'è bisogno di meno lavoro, questo va allora ridistribuito tra tutti, a parità di salario ma riducendo l'orario di lavoro; e si può fare perché, anche se è vero che aumen-

Lo stato di bisogno dovrebbe essere soddisfatto e garantito su base universale. Dovremmo quindi spostare il finanziamento sulla fiscalità generale che tiene conto della condizione economica.

Serve un investimento pubblico per far sì che l'impiego della ricerca diventi utile per il benessere collettivo.

da p.9 → ta il costo del lavoro, questo è un aumento che il datore di lavoro – sia pubblico che privato – si può permettere, perché ha avuto un grosso guadagno dal punto di vista tecnologico.

L'altra via riguarda la tassazione: noi abbiamo adesso una tassazione che non è stata ancora in grado di seguire lo sviluppo economico che si sta verificando ed è fortemente ancorata al fattore lavoro, in particolare proprio per quanto riguarda il finanziamento di segmenti di welfare. Bisogna invece spostare il peso della tassazione dal solo fattore lavoro a tutto il reddito prodotto, quindi anche sui redditi di capitale, in modo tale che tutti possano contribuire al finanziamento. In questo modo possiamo sia salvaguardare il progresso tecnologico sia redistribuire equamente tra la popolazione i vantaggi che esso offre. Ovviamente non tutta la robotizzazione e non tutto il progresso tecnologico hanno risvolti positivi. È assolutamente necessario un investimento pubblico, per far sì che l'impiego della ricerca diventi utile per il benessere collettivo.

Il welfare aziendale o il sistema misto pubblico-privato possono essere la soluzione per la sostenibilità del Ssn e per garantire una risposta equa ed efficiente ai bisogni di salute? Sono queste le uniche due strade percorribili?

Credo che nessuna di queste vie sia quella giusta. Credo che il sistema debba essere saldamente pubblico per tutti, quindi universale. Ovviamente ci si può avvalere anche di fornitori privati, purché questi, nella misura in cui accedono a finanziamenti pubblici, siano regolamentati dal pubblico. Il problema della sostenibilità è fondamentalmente un problema di scelta, cioè è necessario capire in che segmento i paesi decidono di investire le risorse. Il sistema cosiddetto misto, dove c'è una componente assicurativa, autonoma rispetto al pubblico – come il sistema americano, per intenderci – è un sistema generalmente molto più costoso, perché le assicurazioni private frammentano l'offerta e si specializzano in segmenti di popolazione più agiata, lasciando invece a carico del servizio pubblico le prestazioni più onerose, cioè quelle rivolte alle persone più povere, che non possono sostenerne la spesa, ma anche alle persone anziane, che hanno un bisogno di salute più forte e che spesso non sono coperte, soprattutto nell'ultima fase della loro vita, dai sistemi assicurativi, e quelle relative a patologie più complesse e costose. Quindi sono sistemi, quelli misti, in cui i privati tendono a collocarsi sul segmento più profittevole dell'offerta sanitaria.

Il welfare aziendale, inteso come welfare che dia anche una risposta sulla sanità, è secondo me un elemento rilevante di distorsione. Innanzitutto perché esiste solo in alcune imprese – soprattutto in quelle più grandi – e dà copertura soltanto a soggetti che lavorano (si parla di lavoro stabile e non precario). Semmai i familiari del lavoratore ottengono, per via indiretta, anche loro qualche sostegno. Di fatto questi familiari

beneficiano di una copertura sanitaria non in quanto cittadini – quindi come diritto di cittadinanza fondante della qualità della convivenza civile – ma in via derivata, in quanto mogli o figli, come avveniva in epoca fordiana con le mutue. Credo che tornare indietro in questo senso sia assolutamente sbagliato. Il welfare aziendale poggia sulla disciplina fiscale; se ci fosse un welfare aziendale che riuscisse ad autofinanziarsi, io non avrei nulla da dire, ma questo welfare aziendale è finanziato con la fiscalità generale. Allora è giusto avere, finanziato dalla fiscalità generale, un tipo di intervento che va a favore soltanto di alcuni? Il welfare aziendale crea oltretutto indubbi sprechi e distorsioni, inducendo bisogni senza adeguata attenzione all'efficacia delle cure. Per esempio, le società assicurative spesso offrono pacchetti di prestazioni fra cui check-up ripetuti o analisi di cui non ci sarebbe assolutamente bisogno, ma che costano loro poco e fanno fare bella figura. A queste mie obiezioni mi rispondono dicendo che il welfare aziendale finanzia solo servizi di tipo integrativo, ma non è vero. Per esempio con il welfare aziendale si pagano molto spesso anche i ticket imposti dal settore pubblico, ma allora che senso ha imporli, per prevenire il moral hazard, quando poi con risorse pubbliche si finanzia l'assicurazione che li copre? Attraverso il sistema privato sostenuto da risorse pubbliche può poi succedere che nuove prestazioni, farmaci o ausili, non ancora inclusi nei Lea, vengano offerti solo ad alcuni e non ad altri, quando invece abbiamo bisogno che nuove prestazioni e nuovi ausili siano offerti su base universale. Dopodiché, una volta garantiti i livelli essenziali delle prestazioni a tutti in modo adeguato, va bene anche garantire la possibilità di scelta, che non deve però essere a carico della cittadinanza, cioè attuata con il sostegno della fiscalità generale.

I tempi di attesa sono degli strumenti che rendono più sostenibile il servizio sanitario pubblico. Ma quali sono i possibili effetti collaterali, in particolare nel lungo termine?

Le liste d'attesa sono un tema cruciale che fa capire qual è il rischio verso cui andiamo se non affrontiamo con determinazione il tema dell'universalismo. Le liste d'attesa sono chiaramente una forma di razionamento che segue criteri che non vengono mai discussi adeguatamente: non sempre discriminano sulla base di vere priorità e questo può arrivare a compromettere il servizio e, conseguentemente, la salute dei cittadini. Se non affrontiamo questo tema in termini adeguati manderemo fuori dal Ssn i cittadini che se lo possono permettere, ma questo non ridurrà le liste d'attesa, anzi, secondo me, si rischia di peggiorare il fenomeno: se noi lasciamo vie d'uscita a chi se lo può permettere, ci troveremo progressivamente nel sistema sanitario solo le persone che più sono prive di mezzi, e che di solito sono anche quelle che hanno meno potere di pressione e una voce purtroppo più debole. Il sistema sanitario invece può mantenere la qualità e l'efficienza solo se è per tutti. ▶

La salute: non

L'immagine che abbiamo della sanità italiana è peggiore di quella reale: la narrazione prevalente parla di un eccesso di spesa, di sprechi diffusi e ingenti, di corruzione sempre più estesa, di inappropriata presente a ogni livello, tanto che si ha l'impressione che se sommammo tutti i risparmi possibili derivanti da un intervento su questi fattori, che potremmo definire "determinanti di insostenibilità", si arriverebbe a scoprire che il servizio sanitario potrebbe funzionare con un ammontare di denaro molto inferiore a quello attuale. Ma è difficile crederlo.

Se confrontiamo il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) con quello di altri paesi simili all'Italia, scopriamo che le risorse da noi destinate alla salute sono molto inferiori a quelle di cui godono i cittadini tedeschi e francesi, nonostante gli esiti dell'assistenza nel nostro paese non siano inferiori a quelli delle altre nazioni. Ugualmente, contando i professionisti impegnati nel Ssn italiano vediamo che sono assai meno numerosi di quelli che sostengono il sistema in altri paesi, come anche che il numero di posti letto a disposizione degli italiani è circa la metà di quelli a disposizione degli abitanti della Germania (vedi "Meno ospedali, sempre più piccoli e sempre più privati"); di nuovo, senza alcun rilevante contraccolpo in termini di qualità delle cure. La nostra sanità pubblica è il solo settore della pubblica amministrazione che negli ultimi anni è stato capace di darsi un sistema di governance, e l'impegno per un complessivo governo della sanità è almeno, in certa misura, condiviso da diverse realtà regionali che cercano – in molti casi riuscendoci – a mantenere il migliore equilibrio possibile tra una domanda di assistenza e prestazioni sa-

I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è un programma d'azione sottoscritto il 25 settembre 2015 dai governi dei 193 paesi membri dell'Onu: **17 obiettivi**, per un totale di **169 traguardi**, che vogliono rappresentare un quadro di riferimento condiviso per contribuire allo sforzo globale necessario per assicurare un futuro al nostro mondo. Ogni paese deve impegnarsi a definire una propria "strategia di sviluppo sostenibile" che gli consenta di raggiungere i 17 obiettivi entro il 2030. Tra le grandi sfide del secolo: il cambiamento climatico, le crisi sanitarie, la migrazione e la povertà.



9. Costruire infrastrutture resistenti, promuovere l'industrializzazione sostenibile e inclusiva e favorire l'innovazione

Il sistema sanitario può mantenere la qualità e l'efficienza solo se è per tutti.