

Che cosa dice il libro bianco sulla Salute? Il testo tratta, nei vari capitoli, della visione e delle azioni relative alla tutela della salute dei cittadini, e più precisamente al servizio sanitario nazionale. Prima di un'esposizione dei contenuti del libro bianco e delle mie considerazioni critiche, vorrei spendere due parole su come il Ministro affronta il tema. La scelta di un linguaggio che utilizza lessico e temi cari alla mia categoria, la F. P.

Si parla di centralità del territorio, prevenzione, deospedalizzazione. D'integrazione socio sanitaria, presa in carico del paziente fragile, dell'anziano, accoglienza protetta extraospedaliera.

Ma oltre a queste, che sono state le parole d'ordine della legge di riforma sanitaria 833/78 esiste un disegno di fondo che poco ha a che vedere con i reali bisogni dei cittadini e che molto di più ha a che fare con una visione mercantile dei bisogni delle persone.

Cosa dice dunque?

Prende le mosse dalla Costituzione, che sancisce come fondamentale il diritto alla Salute.

“Ma non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica”: diventa allora necessario “saper individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondervi, tenendo sempre presente il bene comune “tenendo conto che

- La spesa sanitaria grava per un 24 % sul complesso della spesa sociale.
- Nel 2050 è previsto un raddoppio del costo.

1. Oggi: il Sistema Sanitario Italiano è considerato da OMS tra i migliori a livello mondiale su tre parametri complessivi (miglioramento dello stato di salute della popolazione, risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, assicurazione delle cure a tutta la popolazione)

Eppure sono presenti molti punti critici:

- Disparità tra le Regioni: modelli obsoleti, soprattutto al Sud, con elevata spesa sanitaria, bassa qualità dei servizi erogati e

conseguente mobilità di “cura” verso altre Regioni, nonostante la capillare presenza di Ospedali sul territorio

- Difficoltà nel governo della spesa sanitaria, molto diversificata nelle varie Regioni.
- Il criterio della “spesa storica” alla base del riparto del Fondo Sanitario Nazionale penalizza i cittadini che vivono nelle Regioni più efficienti.
- I LEA da assicurare su tutto il territorio nazionale non vengono adeguatamente monitorati nella loro applicazione, generando “talora” sprechi
- Asimmetrie tra domanda e offerta di salute che andrebbero riallineate.
- 900 su 2,5 milioni di disabili confinati in casa a causa delle barriere architettoniche
- Scarsa l’integrazione socio sanitaria ed assistenziale, più presente al Nord .
- Regioni in cui il ricorso inappropriato al ricovero è legato all’eccesso di offerta e per contro regioni “virtuose” in cui i costi sono compatibili con un’elevata la qualità delle cure.

2. Domani: nel 2045 gli >65 saranno il 30% della popolazione, >80 il 12 % con conseguente aumento degli affetti da malattie croniche, che rappresentano parte importante nella spesa. La vita si allunga ma come? Per gli >75 abbiamo una prospettiva di 10 anni in condizioni di disabilità

Quale soluzione?

L’universalismo selettivo in sostituzione dell’universalismo assoluto: saranno la responsabilità dell’individuo e la capacità del pubblico a dosare le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari, nel rispetto degli equilibri finanziari.

Due gli strumenti: tariffazioni e compartecipazioni ai costi. “Le tariffe danno conto delle risorse impiegate nella produzione di beni e di servizi, in modo da far comparare al fruitore i benefici individuali e i costi di produzione a carico della collettività.”

Il nuovo modello delle opportunità e delle responsabilità

“Proteggere e dare sicurezze alle persone dalla culla alla tomba” Questa funzione tradizionalmente assolta dai sistemi di welfare va confermata e potenziata in termini di effettività e maggiore congruità tra obiettivi, risorse e strumenti. Vanno quindi individuati oggi i nuovi fattori di rischio e debolezza anche per quanto riguarda l' indirizzare le persone verso stili di vita responsabili, prevenendo le situazioni di bisogno dovute a eventi fisiologici (infanzia, maternità, vecchiaia), patologici (malattia, infortunio, disabilità) o particolari situazioni economiche (crisi aziendale o occupazionale, disoccupazione, fine lavoro)

Dovrà essere l'individuo a potenziare le proprie risorse.

Salute significa promozione del benessere e sviluppo delle capacità personali :una rivoluzione-dice il ministro- che incide sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l'attenzione dalla fase acuta alla prevenzione primaria e secondaria, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro.

La partecipazione attiva del cittadino, una corretta informazione e cultura della salute, un rapporto fiduciario tra medico di famiglia e paziente: questi sono i presupposti per promuovere la vita sana nella società attiva.

L'ospedale viene a perdere le sue caratteristiche di predominanza nella risposta ai bisogni di salute e di assistenza, a seguito della creazione di una filiera di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione , non autosufficienza, innovativi anche per modalità di erogazione ed organizzazione .Sul territorio hanno importanza crescente i servizi di assistenza domiciliare, le residenzialità extra ospedaliere per non autosufficienti disabili, gli ospedali di comunità, gli hospice.

I servizi socio-sanitari assistenziali avranno una gestione unitaria in ambiti territoriali omogenei, in un continuum tra cura e protezione sociale; lo sviluppo dei distretti socio sanitari quali centri di riferimento dei cittadini, il superamento della distinzione tra pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni.

La sperimentazione di forme associative dei medici di famiglia offre nuove possibilità alla presa in carico del cittadino in riferimento alle attività socio assistenziali che lo riguardano.

Federalismo sanitario

Le risorse per il Sistema Sanitario sono legate a una serie di presupposti quali deospedalizzazione, innovazione tecnologica, forme di assistenza integrativa e un sistema di governance basata su principi di efficienza ed efficacia del modello erogatorio pubblico e privato.

Il finanziamento nazionale coprirà quindi un livello “efficiente”: la spesa eccedente rispetto al livello efficiente sarà a carico delle regioni, trovando copertura in aumenti della pressione fiscale, nello spostamento di risorse all’interno del bilancio o in compartecipazione da parte degli utenti.

In questo contesto i LEA debbono conciliare sostenibilità del sistema e diritti del cittadino, trovando una dimensione anche quantitativa.

Il finanziamento avverrà anche attraverso il pilastro a capitalizzazione reale per sanità ed assistenza, in sinergia con il pilastro pensionistico privato. Si creeranno forme integrative di assistenza sanitaria e socio sanitaria, rivisitando anche lo strumento delle società di mutuo soccorso, al fine di valorizzare nuove forme di produzione dei servizi che fanno parte tradizionalmente dell’offerta dello stato sociale

La sinergia tra pubblico e privato servirà a soddisfare i bisogni di salute adeguandosi alla programmazione sanitaria per la tipologia dell’offerta e per la modalità di erogazione delle prestazioni e dei volumi di attività (ritenuti congrui rispetto ai bisogni).

La Regione assumerà una posizione terza di controllore neutrale della qualità, della libera scelta del paziente, sicurezza delle cure, conformità medica delle prestazioni e dei relativi volumi.

Credo sia necessario fare alcune considerazioni e chiarimenti sul testo che in estrema sintesi, vi ho rappresentato.

La visione: l'individuo non è più il soggetto portatore di diritti e di doveri di cittadinanza, ma il compratore di prestazioni di vario genere e natura, per soddisfare bisogni di salute, assistenza, istruzione.

La garanzia universale della prestazione pubblica, fedele al dettato costituzionale, lascia il campo a un mercato dei Servizi, in cui le prestazioni pubbliche sono equiparate a tutti gli effetti a quelle erogate da soggetti terzi. In Lombardia già stiamo sperimentando le conseguenze della legge 31/97, che va tutta nella direzione proposta dal L. B.

Cercando di seguire un ordine ... l'attuale sistema nazionale presenta - secondo il l.b. - due problematiche importanti: è un sistema di natura assistenziale e paternalistica ed ha un costo insostenibile, destinato a raddoppiare nel 2050. Ma a smentire quest'ultima affermazione pensa addirittura un Doc. della Ragioneria Generale dello Stato, aggiornato ad aprile 2009, che prevede un graduale aumento sino a 2 punti percentuali di spesa sanitaria sul PIL, che passerà dal 6,9 all'8,9 (quanto attualmente speso da Francia e Germania, ad es.) Non solo: già dal '97 è prevista una modalità di finanziamento per quota capitaria ponderata. Eppure queste inesattezze non sono marginali ed hanno la funzione, a mio modo di vedere, di mostrare in modo ineludibile la necessità dell'intervento di riforma del finanziamento del SSN. Come già Villa illustrava nella relazione introduttiva, nel sistema multi pilastro si darà ampio spazio alle assicurazioni e ai fondi integrativi, affidando loro un'ampia funzione di tutela. Non si prevede una marginale integrazione, ma una funzione sostitutiva dell'intervento pubblico finanziato attraverso il ricorso alla fiscalità generale.

Verrebbe così a cadere l'idea stessa di un sistema sanitario universale

a tutto favore di una molteplicità di trattamenti sanitari, legati al reddito personale, all'andamento dell'impresa ed alla capacità di acquisto delle prestazioni

E questo è uno dei nodi che, a mio avviso, va sciolto. Privatizzare non significa risparmiare. Diminuire le tutele sanitarie pubbliche non riduce la spesa. I confronti tra i sistemi presenti nei vari paesi mostrano che questa direzione porta a un aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL.

Occorre chiarire bene di cosa stiamo parlando. Il SSN si basa ancora sulla Riforma Sanitaria che, negli anni 70, fu fortemente voluta dalle donne e dagli uomini di questo Paese. Le varie leggi che si sono succedute hanno integrato e modificato quella legge, ma non hanno destrutturato l'impianto complessivo della norma.

Importanza dei servizi territoriali, della prevenzione delle patologie, cura, riabilitazione, integrazione dei servizi socio sanitari: questi erano i capisaldi del SSN, e questi, nonostante le esigue risorse economiche dedicate alla prevenzione ed alla riabilitazione, rimangono aspetti di pari dignità del percorso sanitario degli utenti. Non clienti, come in Lombardia ormai li chiamiamo da quando la legge 31/97 ha rivoluzionato il nostro sistema sanitario regionale, rendendolo il precursore di quanto il ministro Sacconi vuole realizzare. Perché nel Libro bianco tutti i riferimenti alla promozione del benessere, all'importanza della prevenzione (definita una rivoluzione) sono solo parole vuote.

Investire nella prevenzione è sempre stato complicato, le priorità sono state spesso in relazione ai bisogni, alle necessità più urgenti. Pure, il nostro SSN trova nella prevenzione uno dei suoi pilastri più importanti. Gli screening di massa per le diagnosi precoci di patologie importanti, gli interventi di educazione sanitaria su vari target (bambini, donne, studenti e anziani) quanto può far risparmiare alla collettività? Gli stili di vita sana di cui tanto il ministro ci parla, da chi saranno promossi? Diminuire/eliminare i fattori di rischio per la salute, è stato per il nostro SSN uno degli obiettivi qualificanti.

Obesità (negli USA un cittadino su quattro è obeso!) diabete, cardiopatie, alcuni tipi di tumore quanto possiamo risparmiare in costi, economici e umani, attraverso la prevenzione o la diagnosi precoce?

Quanti anni di vita guadagnati?

Le assicurazioni non sono una risposta. Hanno un'altra finalità, il guadagno. Chi coprirà i costi assicurativi di un ammalato di cancro o di un sieropositivo o anche solo di un anziano multi patologico? La scelta "ospedalocentrica" è una distorsione della norma vigente, legata alla produzione di prestazioni sanitarie, di ricoveri e d'interventi.

Il territorio, già penalizzato dalla maggiore visibilità della dimensione ospedaliera, con questo sistema di finanziamento non riceverà più risorse. Di che integrazione stiamo parlando? Per la presa in carico dei pazienti sul territorio servono servizi. Non bastano i voucher.

Per le dimissioni protette, per l'assistenza domiciliare a malati e anziani serve una politica che investa quattrini su sedi, personale, formazione.

Certo, la natura stessa dei fondi integrativi e delle assicurazioni non prevede investimenti su fragilità, integrazione socio sanitaria etc.

Paradossalmente, alla camera USA è stata sostenuta la proposta sanitaria di Obama. Non è certo equiparabile al SSN presente oggi in Italia, ma per quel paese, culla del neoliberismo, è una vera rivoluzione. La sua battaglia, volta ad assicurare ai cittadini americani il diritto all'assistenza sanitaria, parte dalla necessità e dalla consapevolezza, in una democrazia moderna, che non può esistere un sistema di protezione sanitario e sociale che escluda dalle sue tutele una parte rilevante della popolazione, soprattutto nei momenti di crisi economica come quella che stiamo vivendo. Ora, nel nostro Paese, si sta orientando il pensiero proprio verso quel modello che ha mostrato tutti i suoi limiti negli USA. Noi abbiamo quel diritto. Abbiamone cura.