

FONDAMENTA TRACCIA GRUPPO SANITA' E WELFARE

Premessa e inquadramento

Da quasi 40 anni, il nostro Paese dispone di un sistema sanitario che tutti giudicano poco costoso (2 punti di Pil in meno di Francia e Germania; 38% in meno in termini pro capite della Germania e 26% in meno della Francia), molto efficace (siamo ai primi posti in Europa quanto a morti evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati) e equo (l'accesso ai servizi è indipendente dalla condizione economica).

Tali risultati non ci devono tuttavia indurre a pensare che il Servizio sanitario nazionale sia un patrimonio acquisito per sempre, né tanto meno che sia privo di debolezze: esso va preservato e rinnovato.

Articolo 1 – Mdp intende lavorare per salvaguardare e rinnovare la sanità pubblica, affinché il sistema sia effettivamente universalistico (nessuno deve essere escluso), finanziato con la fiscalità generale (paga chi può, non chi ha bisogno), globale (garantisce tutte le cure appropriate) e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il Ssn è invece oggetto di revisioni e ridimensionamenti che hanno il sapore di un vero e proprio “assalto all’universalismo”. Come sostiene Martin McKee, la crisi economica ha offerto ai governi il pretesto per mettere in atto un attacco ai diritti: quelli che si oppongono alla sanità pubblica “non sprecano mai una buona crisi” per favorire lo sviluppo del mercato della salute e indebolire il sistema pubblico. Ma la crisi non può essere utilizzata per smantellare il Servizio sanitario nazionale.

La crisi con cui si confronta il Ssn è complessa e attraversa diverse dimensioni: finanziamento, valori, e funzionamento. La sanità è sottoposta a forze che da un lato hanno un effetto espansivo sui bisogni e sui servizi e dall'altro impongono meccanismi di controllo e di razionamento. Il sistema salute, di cui è parte importante il Ssn, è spesso oggetto di rappresentazioni poco oggettive, metaforiche e banalizzanti che conducono inevitabilmente a scelte parziali e miopi. Lo stato di necessità ha schiacciato il sistema e ci ha impedito di ragionare sui fini, e sul modo migliore per raggiungerli.

Di fronte a questo quadro **Articolo 1 – Mdp** ritiene che sia necessario elaborare una visione di prospettiva, che consenta di prendere decisioni non solo in funzione degli effetti immediati e sia frutto di un pensiero riformatore forte e vasto.

E invece, ormai da parecchi anni la sanità pubblica si sta progressivamente indebolendo. Le esperienze di troppe persone ce lo confermano: le procedure di accesso ai servizi sono sempre più complicate, i ticket sono più elevati del prezzo delle prestazioni, i tempi di attesa sono talvolta incompatibili con il bisogno di accertare rapidamente un sospetto diagnostico, molte donne faticano a trovare nel consultorio familiare l'aiuto di cui avrebbero bisogno, la qualità della vita delle persone non autosufficienti è condizionata dalle difficoltà di bilancio delle asl e degli enti locali, i bambini con diabete faticano a frequentare la scuola senza mettere a rischio la continuità dei trattamenti di cui hanno bisogno, e così via. E la recente scelta di assicurare i nuovi farmaci per l'epatite C solo ai malati più gravi costituisce un pericoloso precedente di selezione delle persone cui vengono garantite terapie efficaci.

Di fronte a tali difficoltà, è necessario impegnarsi per contrastare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nella qualità delle cure. È altresì necessario considerare gli effetti, a medio e lungo periodo, dell'enorme sviluppo di una moltitudine di coperture di natura contrattuale (fondi sanitari) che hanno introdotto nel nostro sistema forme di protezione differenziate in base alla condizione lavorativa, alla posizione nella professione, al reddito del singolo.

Articolo 1 – Mdp ritiene che il welfare aziendale non possa essere una risposta alle difficoltà attuali del sistema di tutela della salute. La sanità integrativa (oggi, di fatto, in gran parte sostitutiva) è meno equa e più costosa della sanità pubblica. Ed è pagata dalla generalità dei contribuenti, compreso chi non ne usufruisce, perché gode di importanti agevolazioni fiscali.

Il tema del welfare aziendale, sempre più sostenuto dai governi, va ripensato, possibilmente sulla base di dati più trasparenti e completi, anche per evitare che sia solo una risposta alle difficoltà del mercato dell'intermediazione finanziario-assicurativa (alla continua ricerca di settori profittevoli) e a quelle del mercato dell'industria della salute (che mal sopporta le sforbiciate alla spesa sanitaria pubblica), anziché una risposta a reali esigenze dei cittadini.

Con riguardo al personale, i molteplici vincoli imposti alla spesa e alle dotazioni stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona, con conseguenti carenze di professionalità, fuga di giovani laureati all'estero e crescente ricorso alle esternalizzazioni di servizi anche sanitari. Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro,

con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di Giustizia europea. Anche la formazione dei professionisti richiede un ripensamento, compresa la formazione continua e il sistema dei crediti ECM.

Con riguardo ai cittadini, il Ssn deve riconoscerne il ruolo di soggetti attivi nei processi di cura, nella tutela dei diritti, nelle scelte decisionali che li riguardano. A tal fine vanno recuperati elementi di educazione sanitaria, di umanizzazione delle cure e di formazione del personale: semplificazione della burocrazia, relazioni meno impersonali e frammentate, presa in carico effettiva della persona, continuità dei percorsi, capacità di comunicazione e di iniziativa, promozione della scelta consapevole dell'individuo, sicurezza e qualità dei luoghi delle cure, eccetera.

Altri temi sui quali sarà opportuno promuovere un dibattito sono:

- la politica del farmaco, un mercato di quasi 30 mld di euro, la cui *governance* è sempre più debole: oltre 1,5 mld di *pay back* non introitato per l'inadeguatezza dei dati e dei calcoli (2013-2015), scarso utilizzo di farmaci equivalenti (18% dei consumi, contro media UE del 52%, dati Oecd 2014), uso eccessivo di antibiotici, ricerca indipendente in stallo, assenza di una strategia per i farmaci innovativi, eccetera;
- la revisione del sistema dei ticket e delle esenzioni, a partire dall'abolizione del superticket, che rende più costoso il ricorso alle strutture pubbliche rispetto a quelle private;
- l'ammodernamento strutturale e tecnologico della sanità pubblica, con fondi pubblici, per evitare complessi e costosi progetti di finanza privata destinati a condizionare per decenni il costo e il funzionamento dei servizi;
- l'integrazione socio sanitaria, la non autosufficienza e il sostegno alla domiciliarità, per evitare soluzioni che mortificano le capacità residue delle persone fragili, peggiorano la qualità della loro vita e comportano costi molto elevati;
- la qualificazione dell'assistenza territoriale;
- i processi di informatizzazione e la sicurezza delle infrastrutture critiche;
- la libera professione intramuraria.