



Sanità e disuguaglianze: quale futuro per i cittadini

Aggiornamento Agenda sanità FAP Acli Venezia – giugno 2023

A cura di Franco Marchiori – Segreteria FAP Acli Venezia

INDICE DEI CONTENUTI

Presentazione

1. Premessa
2. La risposta (inceppata) della sanità
3. Le disuguaglianze
4. Il mercato della sanità privata
5. Sanità e sostenibilità dello stato sociale
6. Perché investire di più nella sanità pubblica?
7. Conclusioni

PRESENTAZIONE

Questo documento rappresenta un aggiornamento dell'Agenda Sanità redatta periodicamente da Franco Marchiori e approvata dal comitato Fap Acli Venezia per seguire lo stato del sistema sanitario nazionale e regionale. La presente edizione dell'agenda si pone in continuità con i documenti precedenti, pubblicati a gennaio e ad aprile 2023, e con il testo "Welfare intergenerazionale, sanità e disuguaglianze: oltre la pandemia", diffuso dalla Fap Venezia e dalla Fap Veneto nella primavera del 2022 in occasione della convocazione dei congressi da parte della Fap nazionale.

Si è provveduto ad aggiornare le nostre considerazioni, evidenziando le disuguaglianze e valutando le possibili risposte del sistema sanitario. Si è cercato di fare sintesi con alcune osservazioni e proposte, tese a rafforzare l'idea di una sanità come servizio per tutti e usufruibile secondo il principio di equità. Si lasciano ad ogni lettore le personali integrazioni.

Ci auguriamo che questa comunicazione, curata con la collaborazione della segreteria provinciale delle Acli, sia condivisa da tutta la nostra associazione.

Paolo Grigolato

Presidente Acli provinciali Venezia

1. PREMESSA

La situazione della sanità nel nostro paese è ben nota a tutti, non solo a chi ha avuto negli ultimi mesi un'esperienza diretta presso le strutture sanitarie. I mezzi di informazione aggiornano continuamente sulle situazioni maggiormente critiche, che evidenziano il contrasto con quanto previsto nel nostro sistema sanitario per la tutela del diritto alla salute. Ricordiamo che l'insieme dei servizi organizzati dal **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, finanziati con la fiscalità generale, costituiscono la **sanità pubblica** attuata nel 1978 in coerenza con l'art. 32 della Costituzione.

Inoltre sono sempre più numerosi i dibattiti e le manifestazioni per superare la sensazione di abbandono e il rischio di collasso, per riportare il SSN al centro delle attività tese alla salvaguardia della salute sulla base del principio universalistico.

2. LA RISPOSTA (INCEPPATA) DELLA SANITÀ PUBBLICA

Il cittadino che ha un bisogno di sanità si rivolge al suo medico di medicina generale, comunemente chiamato medico di famiglia, con il quale, nell'ambito di una positiva relazione medico-assistito, valuta la prescrizione più appropriata. Dopodiché, l'assistito si rivolge, al CUP della propria ASL.

In base alla agenda appuntamenti del CUP ed alla lunghezza dei tempi delle **liste di attesa**, la prestazione potrà essere data:

- a) da una struttura **pubblica**;
- b) da **strutture private** accreditate/convenzionate con costo a carico della sanità pubblica.

Questo percorso normale si scontra al giorno d'oggi con le difficoltà che rallentano in modo significativo l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Senza entrare nel tema della carenza di medici di famiglia (che sarà trattato di seguito), lo scoglio principale è rappresentato dall'allungamento delle liste d'attesa, determinato in massima parte dalle note difficoltà riguardanti la diminuzione/carenza di medici specialisti e di personale sanitario.

Per questo motivo, il cittadino-utente, a causa dell'allungamento dei tempi di risposta della sanità pubblica e convenzionata, è costretto a seguire altre strade:

- c) rivolgersi ad una **struttura privata**, pagando **di tasca propria** (ricordiamo che le prestazioni fatte come liberi professionisti dai medici specialisti dipendenti dalle ASL sono **spese private** a carico del cittadino);
- d) rivolgersi ad una **struttura privata**, quando il cittadino è iscritto ad un **fondo sanitario integrativo** o al **welfare aziendale**, oppure se ha contratto una **polizza individuale**;
- e) se non può permetterselo dal punto di vista economico o se non è beneficiario di un fondo o una polizza, il cittadino può infine **rinunciare alla prestazione**, con evidenti rischi per la salute (è il caso della **povertà sanitaria**).

A tal proposito, segnaliamo come nella Regione Veneto siano circa 245.000 le **prestazioni sanitarie "in galleggiamento"**. Si tratta dei cittadini in attesa di essere ricontattati dalla propria Asl per un appuntamento, in quanto, al momento del primo contatto, le agende del CUP non avevano posto e non era possibile garantire il rispetto dei tempi standard entro i quali deve essere erogata la prestazione (ad esempio entro 10 giorni per le prestazioni di classe B, 30 per la classe D, 90 per la classe P, e così via).

Ovviamente tale situazione è particolarmente preoccupante sul piano sanitario per le persone anziane e/o fragili, per le quali l'eccessiva permanenza nelle liste d'attesa può causare un grave pregiudizio.

Secondo quanto annunciato pubblicamente, i responsabili della sanità regionale contano di risolvere la questione delle prestazioni in galleggiamento entro dicembre 2023, intervenendo con incentivi al personale sanitario e immettendo risorse specialistiche aggiuntive.

3. LE DISUGUAGLIANZE

In linea di principio, per assicurare l'**equità** del sistema sanitario occorre operare per garantire a tutti i cittadini, a parità di bisogni, la possibilità di accedere nella medesima misura alle prestazioni ed ai servizi sanitari. Si tratta quindi di garantire che l'accesso sia maggiore per chi ne ha più bisogno.

Questo quadro ideale si scontra con la presenza di **disuguaglianze**, che si creano quando:

- si paga di tasca propria una prestazione inclusa tra quelle previste dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- la spesa di tasca propria ha una diversa incidenza sul reddito (a parità di spesa per una prestazione sanitaria, ovviamente cambia il peso a seconda del reddito disponibile);
- i tempi di attesa per la prestazione sono troppo lunghi ed il cittadino non è in grado di sostenere la spesa di tasca propria, con conseguenze, talvolta gravi, per la salute, nei casi di redditi bassi o inesistenti (povertà sanitaria).

Ecco alcuni **indicatori di diseguaglianze**:

- la spesa sanitaria media per famiglia ha superato i 1.700 euro all'anno (18° rapporto CREA Sanità, gennaio 2023);
- il 5,2% dei nuclei familiari versa in disagio economico a causa delle spese sanitarie (fonte CREA);
- 378.627 nuclei familiari (1,5%) si impoveriscono per le spese sanitarie (fonte CREA);
- l'11% degli italiani rinuncia alle cure (Presa Diretta, 22 marzo 2023).

4. IL MERCATO DELLA SANITÀ PRIVATA

Quello della **sanità privata** è un mercato che si sta evolvendo per offrire non solo servizi di cura e assistenza delle malattie, ma anche check medici finalizzati alla prevenzione e a stili vita più sani.

Il dinamismo di questo settore è evidente anche dalle sempre più martellanti campagne pubblicitarie promosse dalle varie società, sintomo della previsione di una forte crescita, soprattutto se non saranno aumentati in maniera significativa i finanziamenti alla sanità pubblica.

Già oggi il valore della sanità privata ha raggiunto i **41 miliardi** (dati 2021), che vanno confrontati con i 127 di spesa sanitaria pubblica, con una spesa complessiva della sanità pari a 168 miliardi.

La sanità privata, oltre ad offrire prestazioni direttamente ai singoli cittadini che pagano di tasca propria (che a livello economico pesano il 90% sui 41 miliardi complessivi sopra indicati), opera in collegamento con le **assicurazioni individuali e collettive** e con le assicurazioni dei **fondi sanitari integrativi e del welfare aziendale** (che erogano il restante il 10%).

La sanità integrativa, originariamente, doveva fornire prestazione extra LEA. In realtà oggi tale distinzione è di fatto superata, in quanto garantisce anche prestazioni LEA a circa 15,5 milioni di lavoratori e loro familiari, distribuiti con una maggiore concentrazione nelle regioni del centro nord in relazione alla ubicazione delle imprese.

Per la sanità integrativa è in vigore un **regime fiscale agevolato**, basato sul meccanismo delle deduzioni: i premi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori non concorrono alla formazione del reddito. Ne deriva che la sanità integrativa è parzialmente a carico della collettività. Tuttavia va riconosciuto come, in una fase in cui la sanità pubblica risponde con maggiori difficoltà alla domanda di prestazioni, concorra alla riduzione della pressione sulle liste d'attesa.

Più recentemente, in considerazione del crescente invecchiamento della popolazione, le società di assicurazione offrono polizze Long Terme Care (cure a lungo termine). Questi contratti, a fronte di premi pagati durante la vita lavorativa, sono in grado di garantire l'erogazione di una rendita o la prestazione di servizi socio/sanitari a favore dei soggetti non autosufficienti.

Va prestata attenzione alla congruità e alla sostenibilità del costo di tali polizze: il rischio infatti è che si crei una ulteriore disuguaglianza tra chi può permettersi tali strumenti e chi invece non ne ha le possibilità economiche.

Anche per questo motivo, questa tendenza di mercato dovrà essere coordinata con il progetto di **riforma per le persone anziane e la non autosufficienza**, approvato con la legge del 22 marzo 2023 del Governo Meloni in continuità con la legge delega del Governo Draghi sulla non autosufficienza.

5. SANITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLO STATO SOCIALE

La sostenibilità del nostro stato sociale richiede una **solidarietà intergenerazionale** che tenga conto dell'aumento dell'aspettativa di vita e dell'invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento di situazioni di malattie croniche e degenerative. In questo contesto va inserita la situazione della sanità, che può essere riassunta nella tendenza alla maggiore privatizzazione e della conseguente strisciante deriva del principio universalistico che regola il diritto alla salute.

Il Covid ha avuto un effetto "ambivalente" sulla sanità pubblica. Da un lato ha fatto riscoprire la **centralità del SSN** ed il rispetto sostanziale del **principio di eguaglianza** nei confronti del cittadino, grazie all'impegno e al sacrificio di tanti medici ed infermieri.

Ma dall'altro lato ne **ha pregiudicato fortemente il regolare funzionamento**, con conseguenze ben visibili anche ora che la pandemia è ufficialmente conclusa. La sospensione, per lunghi periodi, delle prestazioni ordinarie è evidente ancora oggi sulle liste d'attesa, nonostante i piani di recupero degli arretati attuati con finanziamenti straordinari ed il ricorso alle strutture private accreditate/convenzionate. Anche in Veneto permane uno scarto notevole tra prescrizioni dei Medici di famiglia e le prestazioni effettuate, con un allungamento dei tempi di attesa (vedi sopra la questione delle prestazioni in galleggiamento) ed il permanere delle situazioni di disuguaglianza prima elencate.

Sempre con la pandemia, sono emersi **i limiti di una sanità articolata quasi esclusivamente sugli ospedali** e meno rispondenti ai bisogni del **territorio**. È oramai divenuta emergenza la carenza dei medici specialisti, dei medici di famiglia e del personale sanitario, determinato dal passaggio alla sanità privata, già presente prima del Covid è esploso con l'esperienza della pandemia, a causa dei limiti organizzativi e retributivi nella gestione delle persone.

Tuttavia il rischio è che la lezione del Covid (centralità del SSN e necessità di riformare un sistema quasi esclusivamente ospedaliero) resti lettera morta, a partire dal **piano dei finanziamenti**. Se nella fase di emergenza sono stati significativamente aumentati i finanziamenti al SSN (reduce tra l'altro da anni di sottofinanziamento), l'ultima legge di Bilancio va in controtendenza. Non sono infatti previste adeguate risorse per affrontare i problemi della sanità, anche in considerazione del forte aumento dei costi determinato dall'inflazione.

Non è un caso dunque se in Italia la spesa pubblica rappresenta il 76% della spesa sanitaria totale, contro una media europea dell'83%. Una situazione frutto di scelte politiche e di governo, che influiscono sul rapporto pubblico/privato: il sottofinanziamento della sanità pubblica fa crescere l'incidenza della spesa privata e la crescita delle disuguaglianze verso i più bisognosi.

6. PERCHÉ INVESTIRE DI PIÙ NELLA SANITÀ PUBBLICA?

a) Una **prima motivazione** è quella di affrontare, in via prioritaria, le questioni nodali di tutto il **personale sanitario**, per evitare l'emorragia in atto verso la sanità privata che offre migliori trattamenti. Vanno superati gli anacronistici tetti di spesa ed i blocchi contrattuali per indirizzare le politiche di gestione verso retribuzioni più alte, una maggiore flessibilità di impiego e lo sviluppo professionale.

Considerato che per la formazione di un medico specialista occorrono almeno 4-5 anni, si stima che nel 2027 si avrà la disponibilità di circa 62.000 specialisti per tutta la sanità. Solo la sanità pubblica

avrà necessità di 42.000 professionisti, che dovranno essere adeguatamente incentivati a scegliere la strada del pubblico, anche considerando l'importante investimento effettuato dallo Stato per la formazione, pari a circa 128.000 euro a medico.

Occorrerà far fronte anche alla carenza degli infermieri. Secondo Agenas in Italia il tasso è di 6,2 infermieri ogni mille abitanti, contro gli 11 della Francia e i 13 della Germania. Un dato ancor più preoccupante, considerando che per una sanità sempre più territoriale tali figure saranno indispensabili. Anche per caso occorre provvedere alla loro formazione e al loro inserimento con competenze più avanzate, incrementando il loro numero e migliorando i trattamenti contrattuali.

Va infine definita in termini adeguati ai tempi la fondamentale funzione svolta dai medici di famiglia di collegamento tra i bisogni di sanità e le possibili risposte con le prestazioni della sanità territoriale. Il loro numero è diminuito sensibilmente ed è di circa 44.000 a livello nazionale e circa 2.750 nel Veneto.

A fronte di questa carenza, la risposta di aumentare il massimale degli assistiti per medico non può essere risolutiva. Occorre quindi intervenire sui nodi che rendono problematico il reclutamento. Secondo le comunicazioni della Regione Veneto, entro l'anno concluderanno i corsi triennali di formazione 206 giovani dottori, 800 entro il 2025. In tal modo saranno coperte le 376 zone con 450.000 cittadini attualmente senza medico titolare e presidiate in via provvisoria da medici in formazione. Tuttavia occorre tenere conto della significativa percentuale di giovani medici che prendono altre strade sia durante la frequenza del corso, sia successivamente al completamento.

Tra i motivi di questa "disaffezione" al percorso come medico di medicina generale è segnalato il peso eccessivo della gestione delle informazioni riguardanti gli assistiti richiesta dalle Regioni. Una risposta può essere il rafforzamento delle medicine di gruppo (che già oggi coinvolgono il 60% dei medici), integrate a livello di risorse umane da personale amministrativo e infermieristico che possono concorrere alla gestione del carico burocratico per la gestione degli assistiti.

Un'altra strada su cui riflettere è l'inserimento del Medico di Medicina Generale, che attualmente opera in convenzione con la Regione, nel Servizio Sanitario Nazionale, sia nelle Case che negli Ospedali di comunità, in collaborazione con le altre professioni che operano in quelle strutture. Una recente dichiarazione del Ministro della Sanità Schillaci lascia intravedere questa possibilità per i giovani medici che terminano il corso e per i medici di famiglia in servizio che lo richiedono. Lo stesso Ministro ha annunciato novità riguardanti la modifica dei corsi in specializzazione universitaria.

È auspicabile che su queste delicate questioni si pronuncino i rappresentanti dei sindacati dei medici di famiglia.

b) Una **seconda motivazione** è quella rappresentata dalla necessità di dare **una risposta più puntuale alla domanda di sanità**.

Come detto, per raggiungere gli obiettivi di numero e di valorizzazione dei nuovi professionisti ci vorranno almeno 4-5 anni. Nel frattempo per ridurre i tempi delle liste di attesa diventa quindi necessario, da parte delle Regioni, da un lato provvedere al **reclutamento di professionisti** provenienti da paesi terzi, dall'altro **ricorrere alla sanità privata accreditata/convenzionata** il cui costo rientra nella spesa per la sanità pubblica.

Al riguardo va precisato che l'accordo tra Regioni e i soggetti che esercitano la sanità in base all'accreditamento istituzionale prevede la verifica della applicazione rispetto degli accordi contrattuali, degli indirizzi per piani e programmi. (fonte: Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, portale www.salute.gov.it). Pertanto, la Regione ha la possibilità di valutare il risultato di un rapporto contrattuale in base all'interesse pubblico rappresentato.

Il peso a medio a livello nazionale della sanità privata accreditata è 17,4% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale nel 2021. Un'incidenza che varia sensibilmente a livello regionale: 14,5% in Veneto, 13,9% in Emilia Romagna, 15,4% in Piemonte, 24,5% in Lombardia, 10,5% in Toscana, 25,7% nel Lazio, 20% in Campania, 19,1% in Sicilia.

- c) Una **terza motivazione** tiene conto della esigenza di superare i limiti di una sanità incentrata quasi esclusivamente sugli ospedali, per cui è necessario attivare la **medicina nel territorio**, basata sulla prevenzione e promozione della salute nel contesto delle cure primarie, valorizzando le equipe multidisciplinari e i medici di base/pediatri di libera scelta che operano in collegamento con medici specialisti e infermieri.

Potrà essere svolta più efficacemente la funzione di rilevazione dei bisogni di sanità e di filtro prima di ricorrere ad interventi di urgenza del Pronto Soccorso. La nuova medicina territoriale potrà svilupparsi nelle istituende Case e Ospedali della Comunità attuando l'idea di presa in carico delle persone bisognose di cura, in particolare delle persone in situazioni di fragilità e di non autosufficienza.

È inoltre indispensabile una nuova organizzazione che sia in grado di utilizzare le nuove tecnologie informatiche e digitali (compresa la telemedicina), per migliorare qualità e numero delle prestazioni.

- d) Una **quarta motivazione** richiama l'esigenza di investire i fondi per attuare politiche in favore delle **persone anziane e non autosufficienti**. Si tratta di utilizzare il Fondo per la non autosufficienza e di fondi che non sono direttamente utilizzati per la sanità, ma che concorrono alla programmazione di interventi di integrazione sociale e sanitaria in collegamento con i Comuni. Da una parte occorre organizzare servizi e prestazioni per promuovere l'invecchiamento attivo, per contrastare i rischi di natura sociale e sanitaria. Dall'altra occorre superare gli incompatibili e lunghi tempi di attesa per prestazioni sanitarie in situazioni, talvolta temporanee, di fragilità o di non autosufficienza. Per questo è importante il collegamento i servizi della medicina territoriale prima indicati.

È quindi fondamentale che siano approvati sollecitamente i decreti attuativi della legge delega in materia di politiche a favore delle persone anziane e di persone non autosufficienti, approvata il 31 marzo 2023, che recepisce le linee principali del precedente governo.

7. CONCLUSIONI

In conclusione, per realizzare quanto sopra ci vuole **volontà e decisione politica**. Potrà essere sollevata la questione della sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale sul piano economico e finanziario. Ma in un sistema sanitario universalistico finanziato con la fiscalità generale, vanno censite e utilizzate le risorse necessarie per redistribuire in maniera più equa i costi dei servizi sociali e la ricchezza prodotta nel paese, sempre più soggetta a disuguaglianze.

Se questa volontà non si manifesta chiaramente, provvedendo a aumentare la disponibilità di risorse umane e di risorse finanziarie, **l'insieme delle garanzie del SSN non sarà più sostenibile**. S dovrà quindi dovrà passare **da una logica universalistica ad una di selezione**, limitando l'accesso alle persone più fragili ma con un forte impatto in termini di equità del sistema (18° rapporto CREA Sanità – gennaio 2023).

Questo rischio si corre anche nella ipotesi di **riforma del fisco**, nell'ambito della quale occorrerà verificare se tale progetto sarà sufficiente a coprire il costo dei servizi pubblici, del sistema di Welfare ed in particolare quello del SSN.

La collaborazione tra Regione e sanità privata accreditata/convenzionata va finalizzata all'interesse pubblico rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale utilizzando gli strumenti di verifica e controllo.

Va riordinata la **sanità integrativa dei fondi contrattuali** e del sempre più diffuso **welfare aziendale** per evitare disuguaglianze tra quanti possono avere prestazioni sanitarie senza liste di attesa perché hanno un rapporto di lavoro e coloro che non lavorano o sono pensionati.

Si propone, in particolare, di creare le condizioni per una governance nazionale anche nella prospettiva della autonomia regionale differenziata e di rimodulare i criteri di deduzione e detrazione fiscale all'interno di una riforma fiscale.

Venezia 30 giugno 2023