

## ENPAM E SANITÀ PUBBLICA: IN SPIRITO DI SERVIZIO

Dal buon funzionamento del sistema sanitario dipende il benessere dei cittadini. La Fondazione Enpam, come Ente di previdenza e assistenza, aggiunge la voce dei medici e dei dentisti su come assicurare la tenuta e lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, da cui dipende anche il futuro previdenziale di chi ci lavora.

### *Salvare il SSN*

Dalla constatazione dei tanti problemi che esso manifesta, sorge inevitabile la domanda: quali interventi possiamo prevedere sul nostro Servizio Sanitario Nazionale per renderlo rispondente ai tempi?

Da una parte si afferma la necessità di agire prioritariamente su vuoti assistenziali, sovrapposizioni, sprechi e corruzione, mentre va salvato l'attuale sistema di finanziamento. Dall'altra, c'è chi sostiene che sia indispensabile ricorrere alla sanità integrativa basata su assicurazioni, considerato il fatto che la spesa sanitaria che i cittadini sostengono di tasca propria è salita a 39,5 miliardi<sup>1</sup> di euro mentre il fondo di finanziamento del Ssn, sempre più esiguo, è sceso verso i 112 miliardi. Possiamo ancora permetterci un Servizio Sanitario Nazionale universale?

La questione viene affrontata nei Paesi evoluti sul modello sostanzialmente riferibile a Beveridge, che premia il diritto di cittadinanza (la salute è un diritto di tutti i cittadini), su quello di Bismarck, fondato sul lavoro (acquisisco diritti poiché contribuisco alla società con il mio lavoro), o, infine, sull'approccio assicurativo collettivo aziendale come quello statunitense di Kaiser Permanente (se pago ho una copertura).

Non c'è dubbio che il nostro Ssn sia un fiore all'occhiello di civiltà. Ma è un sistema sempre più costoso, considerate le tendenze economico-finanziarie, gli andamenti demografici di denatalità e invecchiamento, e l'evoluzione tecnologica e la digitalizzazione.

Dobbiamo a questo punto perseguire necessariamente un concetto di "Ssn possibile". L'idea è che si possa rispondere alla crisi con un "universalismo selettivo". Quest'espressione che suona quasi come un ossimoro – si riferisce all'opportunità di fare una selezione: si scelgono livelli di assistenza possibili da garantire a tutti; oppure la selezione si fa su quote di popolazione a cui assicurare cure universali pubbliche.

In quest'ultimo caso, però, si lascia che il resto della platea ricorra a un sistema alternativo (al limite chiamandosene fuori con l'opting out). Ma chi si garantisce una sanità privata, pagandola con i propri soldi, per quanto tempo acconsentirà a pagare anche quella pubblica con le proprie imposte?

Oltretutto se i più abbienti si chiamassero tutti fuori dal sistema, verrebbe meno la fetta di imposte più cospicua, riducendo ancora di più le risorse destinate alla sanità pubblica. Appare evidente quindi che l'opting out è incompatibile con la sopravvivenza di un sistema universalistico, innescando un doppio binario di assistenza sanitaria: chi può e chi non può.

La strada da percorrere, dunque, per garantire la tenuta di un Ssn pubblico, è quella di selezionare i livelli essenziali di assistenza (Lea) possibili, quelli cioè che ci possiamo permettere. L'argomento merita certamente un confronto attento, anche in considerazione del fatto che l'Italia ha un grave problema di debito pubblico e a livello delle Regioni vediamo che la sanità già assorbe più del 70% delle risorse nei loro bilanci.

### *Costo del lavoro*

Il tema della sanità riaffiora anche nel dibattito sulla ripresa economica del Paese. Un fattore negativo che si reputa condizioni gli investimenti, con il rischio di frenare una ripresa nazionale autonoma, è il costo del lavoro. Nei contratti aziendali si stanno dunque introducendo piani di sanità integrativa, che danno un beneficio ai lavoratori senza aumentare il costo fiscale e contributivo pericolo l'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale, poiché qualunque defiscalizzazione che lo Stato conceda rischia di diminuire il monte delle risorse al Fondo sanitario nazionale.

---

<sup>1</sup> I numeri sono tratti dal Rapporto Oasi (Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano) 2017, a cura della Sda Bocconi.

La contrattualità lavorativa aziendale di secondo pilastro può portare nel lungo periodo il risultato di defanziare il Ssn rispetto alle sue esigenze garantite, dato che il favor fiscale costituisce comunque un costo in termini di minori entrate per l'Erario. Si favorisce lavoro a scapito della tutela della salute, con il ricorso allo strumento "assicurazione" che, come è noto, deve perseguire l'utile. In questo sistema la solidarietà sociale è un costo d'impresa e non il risultato di un progetto.

Diversamente, il Ssn deve perseguire la promozione e la tutela della salute utilizzando al meglio il finanziamento della fiscalità generale, non l'occupazione del settore né la promozione d'impresa.

### *Storture del sistema*

Liste d'attesa insostenibili e ticket eccessivi – nati come moderatori della spesa e ora finanziatori – sono la risultante di problemi legati al sottofinanziamento del sistema, alla corruzione in tutte le sue forme e al divario retributivo con gli analoghi professionisti europei. Una situazione, questa, scaturita dalle dinamiche che alimentano la Sanità privata. I professionisti vengono spesso presi dall'anomalia pubblica del part time, rischiando di innescare dei conflitti d'interessi: fra quello del datore di lavoro pubblico a dare il miglior servizio possibile e quello del privato che ha un ritorno maggiore se il sistema pubblico è carente.

Un punto di caduta inevitabile è poi l'intramoenia, che permette al pubblico di ricevere una percentuale sulle prestazioni professionali rese dai propri dipendenti. È evidente che più lunghe sono le liste d'attesa, maggiore è il ricorso all'intramoenia.

Del resto, questo sistema è stato introdotto proprio perché il pubblico non aveva le risorse per garantire ai medici compensi in linea con i livelli europei. Invece di adeguare gli stipendi, è stata data la possibilità ai singoli di integrare il reddito con l'attività libero professionale intramoenia.

In questo contesto i costi fissi, compresa la tecnologia, sono tutti a carico del Ssn, le evidenze scientifiche – con il rispetto del mansionario e dei tempi minimi previsti – di fatto deviano le prestazioni sul privato, con il risultato che la gerarchia delle priorità resta appiattita sull'emergenza-urgenza, sul reparto e in ultimo sul territorio, l'eterno anello mancante.

Un'assenza, questa, di cui è responsabile una programmazione distorta. Infatti si evita di chiudere il piccolo ospedale, continuando ad assumersi costi maggiori, perché non c'è risposta adeguata sul territorio oppure "perché creiamo disoccupazione", dice il Sindaco.

### *Il nodo formazione*

Un altro interrogativo importante strettamente correlato ai problemi fin qui esposti riguarda l'accesso alla formazione. In quest'ottica dobbiamo ragionare su che cosa sia più opportuno per i corsi di laurea in medicina: numero chiuso, programmato o aperto?

Servono nuovi medici funzionali a una visione tradizionale – seppur emendata e sostenibile del nostro Ssn –, oppure va spostata l'assistenza sanitaria su altri professionisti, operatori e attori sanitari, in una visione diversa del sistema delle cure? O ancora, dobbiamo pensare a formare medici validi per l'Europa (nel Rinascimento si veniva in Italia ad imparare la medicina), entrando quindi nella prospettiva di un mercato professionale globale?

Anche qui siamo in grande difficoltà. Esportiamo medici italiani la cui formazione ha un costo pubblico, facendo attualmente la fortuna di Università meno blasonate oggetto di scelta obbligata e costosa dei nostri giovani esclusi dalle nostre Università nella speranza di rientrare poi nel circuito formativo nazionale. Qual è la prospettiva, quella poi di importare medici dall'estero?

Viene poi da chiedersi se tutte le nostre Università abbiano il corretto finanziamento e le competenze necessarie per fare ricerca e didattica di qualità. I dati internazionali in questo senso sono contraddittori. Se da una parte emerge la necessità che la formazione in Italia sia più orientata alla pratica e all'approccio clinico per problemi, i neodottori italiani sono ben richiesti all'estero dove godono di una buona fama sul piano scientifico.

### *Qualità misurabile*

Il concetto di total quality che Toyota ci ha insegnato (si perdoni l'affermazione apparentemente pagana rispetto alla sacralità del diritto alla salute) esprime la necessità imprescindibile del connubio tra competenza tecnica specifica, organizzazione del lavoro e soddisfazione dell'utente.

Si definisce la qualità come la conformità a determinati requisiti, indicatori, criteri, standard. Qualcuno potrebbe lamentare l'aridità di questa definizione che non permetterebbe sviluppo di pensiero innovativo. Ma questi sono gli elementi che determinano la possibilità di misurare. Galileo ce lo ha insegnato: ciò che non si può misurare non esiste.

Credo sia tempo di fare un cosciente esame di qualità a tutto il sistema partendo dal lavoro medico. Chiunque infatti sia interessato alle sorti del nostro sistema sanitario deve mettere al centro dell'attenzione il lavoro. Un Servizio Sanitario Nazionale può funzionare se funzionano in maniera coordinata le sue tre aree fondanti: ospedale, medicina pubblica, territorio con tutti gli operatori medici e sanitari necessari. La programmazione formativa e professionale va centrata sulla loro concatenazione. In questo senso, potenziare l'assistenza primaria appare fondamentale per conciliare efficacia e costi.

### *Centralità del medico*

Lo dimostrano le evidenze a livello mondiale: un Servizio Sanitario Nazionale fondato sull'equità dell'accesso e sull'universalismo delle prestazioni (tutti eguali di fronte alla malattia, ognuno contribuisce in relazione al reddito) regge se ha un buon sistema di cure primarie, che agisce direttamente come primo approccio ai problemi di salute, contribuisce alla prevenzione, costituisce l'interfaccia delle prestazioni tecnicamente più complesse del livello ospedaliero e gestisce direttamente la cronicità.

Per la presa in carico del soggetto cronico affetto da pluripatologie, sarebbe auspicabile la nascita di unità di cure primarie affidate al medico di fiducia, con la collaborazione di altre professionalità sanitarie che possano portare assistenza di prossimità, domiciliare o residenziale sulla base di piani assistenziali individuali.

Infatti, per quanto la tecnologia e l'impatto di Internet possano cambiare le abitudini dei cittadini e il loro atteggiamento, la fiduciarità del rapporto tra medico e paziente e l'autorevolezza del professionista fanno sì che a lui venga chiesto il giudizio finale indipendente. Fiducia, autorevolezza e giudizio: è da qui che occorre ripartire per un Servizio Sanitario Nazionale che funzioni.

*Alberto Oliveti*

*Presidente Fondazione Enpam*