

SINTESI RELAZIONE COMMISSIONI D'INDAGINE

Crisi economica e restrizioni alla sanità pubblica stanno pregiudicando le condizioni di accesso ai servizi sanitari, soprattutto fra le categorie più deboli e nelle regioni più in difficoltà, aggravando le già importanti diseguaglianze sociali e territoriali esistenti nel Paese. Gli strumenti di governo della spesa sanitaria pubblica non possono prescindere dagli effetti sulle diseguaglianze nella tutela della salute.

I molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, elevando l'età media dei dipendenti e demotivando la principale risorsa su cui può contare un sistema di tutela della salute. Una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, soprattutto ove causa di effetti perversi, appare necessaria per la salvaguardia e la sostenibilità del sistema.

Le liste d'attesa, il ricorso sempre più frequente al privato e l'aumento progressivo della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria impone un serio ripensamento a livello politico nella definizione dei nuovi LEA che possano rispondere alle nuove esigenze di salute dei cittadini, nella ridefinizione dei criteri di esenzione e dei ticket.

In ogni famiglia c'è almeno una persona che ha (o ha avuto recentemente) bisogno di una qualche forma di assistenza sanitaria. Valga per tutti qualche numero. Nel 2013, nelle quattro settimane precedenti l'intervista condotta dall'Istat sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso alle cure, milioni di persone hanno avuto almeno un contatto con il sistema sanitario: quasi 9 milioni si sono sottoposti a visite mediche (escluse quelle odontoiatriche), 3,7 milioni ad accertamenti diagnostici, oltre 6 milioni ad analisi del sangue e 1,7 milioni a ricovero ospedaliero (Istat 2014).

La percentuale di persone che nel 2013 ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie (di qualunque tipo: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici, farmaci ecc.). Nel 2013, l'11% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una prestazione sanitaria; il 5,6% ha indicato i problemi economici come motivo della rinuncia. Ciò significa che oltre 3 milioni di italiani hanno rinviato il ricorso all'assistenza sanitaria a causa delle crescenti difficoltà economiche. In linea con i dati sull'andamento dell'economia e dell'occupazione, l'indagine indica che tali difficoltà pesano molto di più al Sud e nelle Isole che al Nord.

L'80% degli italiani è soddisfatto delle proprie condizioni di salute e la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) valuta positivamente il Servizio sanitario pubblico, un valore costante dal 2005 ma con variabilità territoriali (fra regioni e all'interno delle regioni) acuite nell'ultimo anno. In un quadro tutto sommato ancora positivo emerge il dato della rinuncia all'assistenza: un italiano su dieci non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal Ssn per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi).

I dati confermano che in questi ultimi anni il nostro SSN è stato oggetto di numerosi interventi di contenimento ed efficientamento della spesa, ma non è riuscito a porre la giusta attenzione all'esigenza di rinnovamento che i nuovi bisogni di salute dei cittadini e le trasformazioni della medicina richiedono. Soprattutto gli ultimi anni di continua rincorsa al rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dei budget hanno messo in crisi il sistema che è entrato in una fase di profonda sofferenza e di crisi strutturale.

Si potrebbe parlare di una sorta di lento "logoramento" che la Commissione Igiene e Sanità del Senato ritiene che non possa continuare ad essere ignorato e sottovalutato.

In molte regioni accessi inutilmente complicati, tempi di attesa ancora troppo elevati, mancanza di integrazione fra il sociale e il sanitario, ticket superiori al prezzo della prestazione, rinuncia ad

occuparsi della non autosufficienza hanno portato i cittadini a non avere più la stessa fiducia che un tempo riponevano sul sistema pubblico e a cercare soluzioni altrove. Gli italiani continuano a mettere la salute fra le priorità della politica, la fiducia nel sistema per lo meno di fronte ai grandi rischi non viene meno, ma è diffusa la convinzione che se non si interviene su alcuni aspetti essenziali anche la fiducia verrà progressivamente meno.

Un Patto per la Salute denso di impegni per il futuro, ma di difficile realizzazione in assenza di un concreto impegno dell'intero sistema di governo (nazionale e regionale) sui temi della salute, e non solo in termini finanziari, per rallentare il processo di logoramento.

Si sta infine manifestando un nuovo fenomeno, quasi sconosciuto in precedenza, che potremmo definire di "povertà sanitaria": ambulatori sociali un tempo rivolti solo agli stranieri ed ora sempre più frequentati anche da connazionali (in particolare nelle grandi metropoli), ambulatori che offrono prestazioni a prezzi scontatissimi (indicativi anche di una maggiore aggressività dell'offerta), competizione sui prezzi nel mercato delle prestazioni odontoiatriche, frequenti viaggi all'estero per beneficiare di prezzi contenuti, sofferenze del welfare familiare e rinuncia da parte di anziani non autosufficienti all'assistenza di "badanti" (il cui numero si riduce per la prima volta dopo tanti anni).

La situazione appare piuttosto preoccupante, soprattutto in ragione della scarsa considerazione dei temi della tutela della salute da parte del sistema politico nazionale (concentrato su temi sicuramente più gravi, ma con il rischio di trascurarne altri che nel frattempo si stanno rapidamente aggravando) e della grave sottovalutazione a livello europeo dei problemi di tenuta democratica dei paesi sottoposti a restrizioni eccessive.

Più che di sostenibilità del servizio sanitario è necessario parlare di rilancio dei valori fondamentali alla base del nostro sistema di tutela della salute e di rinnovamento del Ssn per renderlo più adeguato - in tutte le regioni italiane - ai bisogni di salute della popolazione, più accessibile a tutte le persone, a partire da quelle più fragili e più pesantemente colpite dalla lunga crisi economica.

L'Italia ha una dotazione di posti letto totali (3,4 per 1000 ab.) sistematicamente inferiore alla media dei paesi Oecd e a quella dei maggiori paesi europei (8,3 in Germania, 6,4 in Francia, 3,0 nel regno Unito)

La Germania dispone di un numero di posti letto per 1000 abitanti che è circa il doppio di quello dell'Italia, sia in totale sia per gli acuti. Anche la dotazione della Francia è superiore a quella italiana, ancorché per valori più contenuti.

Analoghe considerazioni possono essere espresse con riferimento alla dotazione di posti letto per acuti.

I dati sembrano indicare una situazione che difficilmente potrà essere ulteriormente compressa, per lo meno a livello nazionale.

Diverso è il caso di alcune regioni con una dotazione ancora relativamente elevata, la cui ristrutturazione è tanto più difficile quanto più l'assetto storico (nelle dimensioni e nel suo mancato governo) si è consolidato nel corso dei decenni.

Seppur in riduzione, la dotazione totale di posti letto rimane superiore al valore di riferimento (3,7 ogni 1.000 residenti): il Molise presenta 4,5 posti letto per 1.000 residenti, il Piemonte 4,2 e il Lazio 3,9. Presentano invece valori inferiori o vicine alla soglia Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia.

La revisione dei LEA è ormai una necessità, da anni ormai invocata da tutti. Insieme ai LEA, e quindi ai livelli "essenziali" di assistenza che il sistema pubblico deve garantire ai cittadini vi è la necessità di una revisione del sistema dei ticket e delle esenzioni che dovrebbero tener conto delle "reali" condizioni di capacità di spesa del cittadino.

Nonostante la crescente preoccupazione, l'Italia non ha ancora dedicato adeguata attenzione alla corruzione, né a livello generale né nel settore sanitario. Alcune importanti evidenze provengono da commissioni di inchiesta, atti giudiziari e rapporti degli organi di controllo, mentre solo più recenti sono alcune iniziative di approfondimento di caratteristiche, cause, rimedi ed effetti degli illeciti nei diversi settori della sanità. Ad esempio la "Commissione Parlamentare d'inchiesta sul

fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere” segnala come l’opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo e la confusione amministrativa facilitano la nascita di interessi illeciti e di collusioni fra criminalità e sistema sanitario.

Tra le aree più a rischio, la selezione del personale (fortemente esposta alle spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrafatturazioni, fatturazione di prestazioni non necessarie, ecc.), l’acquisto di beni (dalle modalità di selezione del fornitore fino ai pagamenti), i contratti di opere e lavori, i prestiti finanziari, le sperimentazioni dei farmaci, ecc.

Il lavoro di cura soffre della scarsa considerazione che la cultura prevalente e il mercato del lavoro ripongono in tutti i lavori volti alla cura delle persone fragili. Ne discende un maltrattamento (non solo economico) del lavoro di cura, da cui una scarsa offerta da parte dei giovani (anche in settori ad alta potenzialità di occupazione), una frequente violazione dei contratti di lavoro (anche nel terzo settore), un’inosservanza delle tutele dei lavoratori, una diffusa bassa qualificazione degli operatori. Il fenomeno appare particolarmente preoccupante non solo perché incide in un settore che dovrebbe essere sempre più sostenuto, nell’interesse delle persone in difficoltà, ma anche perché produce una perdita di opportunità lavorative che peggiora la situazione di molte realtà territoriali. È pertanto necessario attivare politiche volte a dare dignità a tutti i lavori di cura, dal punto di vista sociale e professionale, promuovendo l’immagine del lavoro di cura, intervenendo sulle gare al ribasso, monitorando il rispetto dei contratti di lavoro (pena, ad esempio, l’esclusione dall’albo dei fornitori accreditati), promuovendo forme di qualificazione professionale, ecc.

Il personale costituisce peraltro oggi uno dei fattori di maggiore criticità del sistema sanitario nazionale.

Blocco totale o parziale del turn over, in particolare in caso di disavanzo sanitario; blocco delle procedure contrattuali; blocco della indennità di vacanza contrattuale (congelata al 2013); blocco dei trattamenti accessori della retribuzione; contenimento della spesa per il lavoro flessibile, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici.

Un insieme di vincoli che, se hanno consentito una riduzione dal 2010 al 2013 di circa 1,5 miliardi di euro (e ulteriori 700 milioni di risparmio sono già previsti per i prossimi anni), hanno anche prodotto una riduzione della capacità di risposta ai bisogni della popolazione (aumento delle liste di attesa e limitazioni dell’offerta soprattutto nella componente socio-sanitaria), un aumento dell’età media dei dipendenti (il 36% dei medici ha più di 55 anni e il 30% degli infermieri ha più di 50 anni), un incremento dei carichi di lavoro e dei turni straordinari di lavoro del personale, nonché una serie di problematiche tra cui un malessere diffuso tra gli operatori ed una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie forme di outsourcing - elusive della normativa sul blocco.

L’esperienza insegna che, la prassi dell’outsourcing e del ricorso al lavoro flessibile, spesso necessaria (per garantire i servizi) e per lo più illusoria (quanto a contenimento della spesa), ha di fatto aumentato il precariato all’interno del sistema, anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione) e indebolito progressivamente la sanità pubblica, in ragione del crescente impiego di personale non strutturato, non appartenente al servizio, non destinatario di specifiche attività formative e non titolare di alcune importanti tutele (si pensi ad esempio alla tutela della maternità).

Servono interventi volti a favorire il ricambio generazionale (anche con forme di part time a fine carriera), preservare la dotazione di personale nei servizi strategici (servizi d'emergenza urgenza, terapia intensiva e subintensiva, centri trapianti, assistenza domiciliare, ecc.), limitare il blocco del turn over e più in generale evitare l’adozione di vincoli che producono effetti perversi, perché riducono il personale dipendente ma aumentano il ricorso a personale precario e/o a servizi esterni molto spesso più costosi a parità di attività.