

Convegno "UNA SANITÀ PER I CITTADINI: TELEMEDICINA, ASSISTENZA TERRITORIALE, LISTE D'ATTESA"

Relazione Roberto Giordano – Federconsumatori

Se dovessimo individuare la cifra dominante del nostro tempo, dovremmo riferirci necessariamente alle crescenti disuguaglianze sociali, economiche e ambientali. Quelle stesse che la Pandemia ci ha costretto a guardare con occhio sempre più critico e attento.

Purtroppo, il nostro tempo ci consegna anche una memoria breve, troppo breve. Sembrano passati secoli da quando celebravamo l'importanza del nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche disponendo finanziamenti aggiuntivi per far fronte all'emergenza e santificando, quasi, il lavoro di medici e infermieri. Tutto passato!

Tuttavia, quando parliamo di disuguaglianze, non ci riferiamo però a un'enunciazione generale o generica, ma parliamo delle statistiche relative al livello di povertà relativa e assoluta registrate nel nostro Paese. Alle condizioni di milioni di persone che già durante la pandemia hanno rinunciato alle cure e che pure ora, per via delle proprie condizioni di disagio economico e sociale, non si curano più (stimate in 4 mln).

Nel 2021 circa 5,6 mln di individui – ossia il 9,4% della popolazione – versavano in condizioni di povertà assoluta e nel 2020 circa 8 mln di persone – ossia il 13,5% della popolazione – erano considerate in povertà relativa. Se sommassimo questi due dati, avremmo una percentuale a rischio esclusione sociale particolarmente preoccupante (circa il 23%), soprattutto se allargassimo il nostro ragionamento al progressivo invecchiamento della popolazione.

Nel 2001 gli over 65 costituivano il 16% del totale (7,4 mln di persone); nel 2020 la percentuale è salita al 21% (12,5 mln di persone). Considerato che l'incremento della popolazione over 65 reca con sé un aumento delle cronicità (malattie pneumologiche, cardiovascolari, reumatologiche/ortopediche, diabete, solo per fare alcuni esempi), le valutazioni che ne conseguono, rispetto all'impatto sull'intero sistema sono evidenti.

Abbiamo voluto rimarcare i dati relativi alla povertà e all'invecchiamento – che naturalmente non sono dati sommabili fra loro - perché stanno a indicare, in ogni caso, la

necessità di un impegno maggiore proprio nell'ambito sociosanitario da parte del Governo, a partire dalle risorse economiche da mettere a disposizione, comprese quelle già previste in origine dal PNRR.

La Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2023, viceversa, conferma e in parte aggrava i tagli al finanziamento della spesa sanitaria in rapporto al PIL, che difficilmente possono essere resi compatibili con le criticità appena accennate.

La percentuale di risorse destinate alla spesa sanitaria passa dal 7,1% del PIL del 2021, al 6,7% del 2022, al 6,6 del 2023, fino al 6,1% del 2026. Un decremento preoccupante, soprattutto se visto in rapporto ad alcuni Paesi europei come la Francia, la Germania o allo stesso Regno Unito, dove la percentuale di risorse destinate al finanziamento della sanità pubblica è pari, rispettivamente, al 10,1%, 10,9% e 9,3% del PIL nazionale. Ma, più in generale, se facciamo un confronto con tutti gli altri Paesi europei, nella classifica risultiamo soltanto quindicesimi.

Allargando la nostra visuale alla spesa sociale (con esclusione della componente previdenziale), il quadro rischia di essere ulteriormente preoccupante. Sempre prendendo a riferimento la spesa in rapporto al PIL consegnataci dalla NADEF, la percentuale per prestazioni sociali passa dal 5,6% del 2022 al 5,2% del 2023, per declinare nel successivo triennio progressivamente al 5,1%, 5,0% e 4,9%.

Se questi numeri non fossero sufficientemente eloquenti, potremmo chiamare in soccorso quanto contenuto nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome per ***l'audizione al Senato sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria***, dove si afferma, cito testualmente, che *“la sostenibilità economico-finanziaria dei bilanci sanitari (regionali) è fortemente compromessa dall'insufficiente livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale”*. E ancora, *“A questo si aggiungono le gravi problematiche che riguardano il fabbisogno di personale, dipendente e convenzionato, le cui carenze hanno raggiunto un livello di criticità insostenibile e trasversale a molteplici settori e servizi sanitari”*. E infine, *“È necessario riportare la salute al centro dell'agenda politica e rafforzare stabilmente il finanziamento sanitario pubblico al fine di allinearli alla media dei paesi europei, a partire dalla previsione di una percentuale minima del rapporto tra la spesa sanitaria ed il Prodotto Interno Lordo, in misura pari almeno al 7%.”*

Dunque, sembra confermarsi quanto affermato in precedenza e cioè che il primo punto all'ordine del giorno, per qualsivoglia Governo, è (o dovrebbe essere) quello di un adeguato finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto garanzia della piena attuazione dei principi di eguaglianza e universalità, oltre che di gratuità, garantiti dalla nostra Costituzione.

Ma il documento della Conferenza citato ci è di conforto anche per un'altra valutazione aggiuntiva, che oramai è all'attenzione pubblica da diverso tempo (vedi gli studi della Fondazione Gimbe in proposito), ossia quello del rapporto fra sanità pubblica e privata.

Muovendo dalla registrazione della spesa *out of pocket* e quella per la sanità integrativa, pari a ca 40 mld di euro nel 2021, corrispondenti al 25% della spesa sanitaria complessiva, l'elaborazione della Conferenza giunge alla conclusione che *“maggiore è la capacità della sanità pubblica di erogare le prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza in modo tempestivo ed uniforme a livello nazionale, minore è l'esigenza di ricorrere a queste forme integrative”*.

Tale conclusione, difficilmente controvertibile, ci interroga in modo impegnativo circa la reale capacità del SSN di rendere esigibili i diritti sanciti dalla nostra Costituzione e definiti, più nel dettaglio, dalle normative che pure recentemente hanno regolato il funzionamento della sanità, ai diversi livelli. Soprattutto, rende evidente che si rischia di scivolare verso una sanità a base censitaria e non più universalistica, in quanto si spostano progressivamente sempre più risorse dalla sanità pubblica a quella privata (convenzionata e non) e si allarga sempre più la forbice fra coloro che possono permettersi di impiegare parte del proprio reddito per curarsi e chi, viceversa, è costretto a rinunciare alle cure, come dicevamo più sopra.

Non si tratta, in questa sede, di avviare una discussione sul ruolo dell'assistenza sanitaria privata integrativa (polizze, fondi, ecc.), bensì di sottolineare sommessamente quanto definito dal D.lgs. 502 del 1992 in merito, ossia che essa deve essere indirizzata al potenziamento dell'erogazione di prestazioni e trattamenti non ricompresi nei LEA, quindi realmente integrativa e non sostitutiva.

Siamo di fronte, dunque, ad un modello che, seppure sulla carta è delineato secondo i principi di garanzia costituzionale, sta perdendo progressivamente la sua unitarietà e, quindi, la sua universalità. Dalla Riforma del già citato D.lgs. 502 del 1992 alla Riforma del

Titolo V della Costituzione del 2001, si è passati da un processo di regionalizzazione sanitaria ad una vera e propria legislazione concorrente: lo Stato determina i Livelli essenziali di assistenza (LEA); le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione dei servizi sanitari nel finanziamento delle Aziende Sanitarie. Da ultimo, si aggiunge ora il progetto della cosiddetta Autonomia Differenziata, che assesterebbe un ulteriore colpo ai principi di uguaglianza, universalità, gratuità già citati. Anche perché l'elemento solidaristico verrebbe ulteriormente frantumato e, giocoforza, si acuirebbero le già evidenti disuguaglianze citate, alle quali aggiungere anche quelle territoriali, già fortemente presenti. Senza dilungarci su questo, si rimanda all'ottimo articolo di Stefano Simonetti sull'inserito del Sole 24 ore del 6 febbraio 2023, assai più drastico e impietoso, nonché dettagliato, di quanto siamo stati noi.

Infine, anche se la disamina potrebbe essere ancora lunga, non possiamo sorvolare su un tema centrale come quello del tetto di spesa per il personale sanitario: è di tutta evidenza che il blocco che il turn over ha avuto nel passato, più o meno recente (si pensi alla fase pandemica), sui carichi di lavoro del personale sanitario tutto e, di conseguenza, anche sulla qualità delle prestazioni erogate, è uno dei determinanti del funzionamento del SSN. E la carenza di personale riguarda tutte le categorie, tutti i professionisti, gli amministrativi, i tecnici, con una preoccupante evidenza per la categoria degli infermieri, che tanto abbiamo osannato durante la pandemia.

Abbiamo voluto evidenziare le criticità legate al de-finanziamento progressivo del SSN non per elencare le tradizionali doglianze, bensì per evidenziare la criticità più macroscopica legata alla sanità e al suo funzionamento. Ciò detto, il mondo della sanità – frammentata, come dicevamo, in tante sanità per quante sono le regioni e le province autonome – deve essere letto nella sua complessità e inteso come un insieme di tessere che compongono l'intero mosaico. C'è un intervento legislativo e regolamentare, oramai molto stratificato, che tuttavia, anche quando reca con sé approcci riformatori apprezzabili, non sempre riesce a trovare la piena esplicazione nelle risposte da dare alle persone, proprio per mancanza di risorse adeguate. Basti pensare al progetto contenuto nel DM 77 del 2022 – che pure contiene un'idea di fondo apprezzabile, di un servizio sanitario che prova a conquistare una relazione organica fra i diversi attori e strutture che lo compongono –

rispetto al quale l'Ufficio Parlamentare di Bilancio ha messo in evidenza diverse perplessità attuative, legate proprio all'incertezza e onerosità dei finanziamenti.

“Negli ultimi anni – afferma l'Upb – lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle politiche più diffuse nei paesi europei per migliorare i servizi sanitari. In Italia, però, il ridimensionamento della capacità degli ospedali – peraltro già bassa rispetto ad altri paesi (il numero di posti letto per 1.000 abitanti è passato da 4 nel 2005 a 3,2 nel 2019, mentre la media europea è scesa da 6,1 a 5,3) – non è stato accompagnato da un adeguato rafforzamento della sanità territoriale, con carenze più evidenti in alcune Regioni”.

I 7 miliardi impegnati dal PNRR, distribuiti fra Case della comunità, Ospedali di comunità e assistenza domiciliare, destinati (e in parte consistente già attribuiti) a Regioni e Province autonome, costituiscono una forte iniezione di risorse, fondamentale per l'avvio della riforma della sanità territoriale. Ciò nonostante, secondo l'Upb ancora permangono criticità intorno a tre elementi centrali: la necessità di reperire, a regime, risorse adeguate al finanziamento della sanità territoriale (assistenza domiciliare e Ospedali di comunità, con relativo personale); il ruolo effettivo dei MMG, sembrando accantonato il progetto di incardinarli come dipendenti nel SSN; Il rapporto fra il nuovo Regolamento dell'assistenza sanitaria territoriale, gli interventi normativi relativi alla modifica del modello istituzionale, lo spazio che assumerà il mercato privato.

Probabilmente, ci siamo già dilungati oltre il dovuto e, ciò nonostante, abbiamo solo sfiorato alcuni fra i temi più rilevanti che caratterizzano il nostro SSN. Ma questo ci è servito per chiudere con la questione sulla quale da tempo ci stiamo interrogando, provando a comprenderne problematiche, criticità e possibili soluzioni, quella delle liste di attesa.

Il problema del governo delle liste di attesa e del loro abbattimento è una delle costanti nelle discussioni e rivendicazioni in tema di sanità. Perché, se è vero che il SSN è costruito come un sistema complesso multifunzionale e che esso deve garantire e rendere esigibili i principii di eguaglianza e universalità, soprattutto attraverso la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è altrettanto vero tale garanzia deve necessariamente essere resa effettiva anche attraverso l'accesso alle prestazioni specialistiche, diagnostiche e ai ricoveri, con i modi e i tempi stabiliti dalle norme di legge e

regolamentari. Ecco perché il governo delle liste di attesa diventa un punto nodale della nostra discussione.

Proprio per questo lo scorso giugno abbiamo lanciato, come Federconsumatori, all'interno dell'azione dedicata a tutela del diritto alla salute, la campagna STOP LISTE DI ATTESA, per denunciare il fenomeno, accrescere l'attenzione sociale, la sensibilità ed il confronto, costruire risposte istituzionali ma, fondamentale, per accompagnare i cittadini nei loro calvari sanitari dentro cui manca la conoscenza e la consapevolezza di essere portatori del diritto a "percorsi di tutela" in caso di inadempimento aziendale dei tempi massimi di attesa previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

In tale direzione, avvalendoci della nostra rete regionale di referenti delle politiche della salute, abbiamo promosso una diffusa e capillare campagna d'informazione (conferenze stampa, comunicati congiunti interviste, raccolte di firme ad oggi in corso, ecc.) e, per rafforzare tale azione abbiamo ritenuto fosse complementare dotarci di un nostro studio aggiornato e testato sul campo, che superasse dati parziali, frammentati, datati, privi di un denominatore comune nazionale e che consentisse di offrirci il polso reale di un fenomeno del quale manca un monitoraggio istituzionale nazionale.

Così, abbiamo avviato un monitoraggio che si è concluso da poco e di cui è in corso l'elaborazione dei dati, che renderemo quanto prima pubblici. Numerosi gli accessi agli atti presentati per poter disporre dei dati dei tempi di attesa alla data individuata come periodo da monitorare.

Di fatto, abbiamo campionato tutte le Regioni e le 2 Province Autonome di Trento e Bolzano: per ogni realtà: raccolto i dati di 2 Aziende sanitarie a campione e di una azienda ospedaliera.

Ciò che posso anticipare è la mancanza di trasparenza che sovrintende a un fenomeno che diversamente dovrebbe essere improntato alla chiarezza e al rigore dell'informazione verso i cittadini, considerato che sono costretti a cure a pagamento ogni qualvolta si registrano ritardi nell'erogazione delle prestazioni.

Ancora troppo pochi i siti regionali e le aziende sanitarie che rendicontano puntualmente ed efficacemente sullo stato delle liste di attesa, criteri difforni fra Aziende e per Regione.

Un quadro davvero grave di inadempienze agli obblighi del PNGLA recepiti da tempo a livello regionale ed aziendale, verso cui servono risposte precise e cogenti.

Se da una parte agiscono sul fenomeno delle liste di attesa il quadro di tagli al Fondo sanitario, di carenza di personale, di vetustà e sottoutilizzo della strumentazione sanitaria, è altrettanto vero che va condotta a modello uniforme la rendicontazione del monitoraggio delle liste di attesa, obbligando Regioni ed Aziende ad adottare parametri e criteri di misurazione univoci.

In tale quadro riteniamo debba essere contestualizzato al meglio il ruolo dell'Osservatorio Nazionale, allargato alla partecipazione di altre Associazioni, ridefinite regole e vincoli cogenti per le Aziende inadempienti all'obbligo della trasparenza delle liste di attesa, utilizzate le risorse del PNRR sulla digitalizzazione della PA, per adeguare i supporti informatici regionali della sanità e darsi piattaforme informatiche comuni e per aiutare i cittadini a districarsi nella giungla dell'informazione sanitaria.

È evidente che poi emerge anche tutto quello che attiene alla qualità della gestione organizzativa dell'intera rete a cui afferiscono le liste di attesa: dal medico prescrittore (appropriatezza della prescrizione), al buon funzionamento dei Cup, fino all'allargamento dei tempi di utilizzo di spazi, mezzi e personale sanitario pubblico, arrestando la corsa alle attività intramurarie e l'assegnazione di risorse sempre più cospicue verso il privato, per concorrere all'abbattimento delle liste di attesa.

Una sfida, come si può immaginare, non da poco, ma da cui passa la garanzia di accesso a cure pubbliche e universali, in una fase in cui crescono, come dicevamo in apertura, disuguaglianze e povertà.

Una sfida per la quale, sempre più, si rende necessario il confronto fra tutti gli stake holder, a cominciare dalle associazioni consumeristiche.