

# SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

## 40 anni dopo: smantellare o rilanciare?



**Nino Cartabellotta**

Presidente Fondazione GIMBE

Il 40° compleanno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, avrebbe indubbiamente richiesto un clima ben diverso, visto che ormai da anni il tema della sostenibilità del SSN è continuamente al centro del dibattito.

D'altra parte, se numerosi paesi europei hanno progressivamente abbandonato il modello di una sanità pubblica basata sulla fiscalità generale e su principi di equità e universalismo, è opportuno chiedersi a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale. Differenti sono le risposte che darebbero gli esperti: alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie, alla protezione e promozione della salute, oppure - citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - al raggiungimento dello stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In realtà, ciascuno di questi obiettivi è insufficiente e incompleto: innanzitutto, un "SSN per

le malattie" è troppo riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute sono insufficienti a riconoscere la necessità di integrare *public health*, servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari; infine, il concetto di



“completo benessere” è troppo astratto e poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

Ponendosi nella prospettiva più ampia della politica, il fine supremo di qualunque Governo è sostenere la dignità della popolazione, evitando di vedere i cittadini come uno strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici, *in primis* l'aumento del PIL.

Se un Governo considera i cittadini come valore assoluto e vuole essere il garante della loro dignità, deve chiedersi: “Che cosa desiderano essere i cittadini? Che cosa sono in grado di fare?”. Solo così, compatibilmente con le risorse disponibili, permetterà loro di soddisfare le proprie aspirazioni: in altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti cittadini la capacità di fare le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. Ovviamente, tale capacità è influenzata da abilità individuali condizionate da genetica e fattori ambientali, dal contesto politico, sociale ed economico e, ovviamente, dallo stato di salute. E sono proprio **gli indicatori relativi al nostro stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: la durata e la qualità di vita libera da disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la soglia del dolore, la capacità di esprimere sentimenti ed emozioni, l'attitudine a preservare l'ambiente.**

**I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari per garantire ai cittadini la libertà di essere e fare ciò che vogliono, in quanto il fine ultimo di un sistema sanitario consiste proprio nell'offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere.** Di conseguenza, il successo di un sistema sanitario non può essere misurato solo con set più o meno ampi di indicatori, ma deve essere valutato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro status di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere. Purtroppo, indipendentemente dal colore politico, limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi 20 anni hanno offuscato aspirazioni e prospettive dei cittadini italiani e, cosa ancora più grave, quelle delle future generazioni perché:

- ✘ hanno permesso alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), determinando scelte condizionate da interessi di varia natura, dai più nobili a quelli penalmente perseguibili;
- ✘ hanno fatto scelte in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, che impone di orientare tutte le decisioni politiche (non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali) mettendo sempre al centro la salute dei cittadini;
- ✘ hanno accettato continui compromessi con l'industria, sia perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, sia perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

In questo contesto si è insinuato progressivamente un inaccettabile paradosso. Da un lato i risultati del nostro SSN vengono continuamente osannati facendo riferimento a classifiche ormai desuete (il 2° posto dell'OMS su dati 1997<sup>1</sup>), oppure inversamente correlate al livello di finanziamento (il 3° posto di Bloomberg<sup>2</sup>), trascurando che nei paesi industrializzati solo il 10% degli esiti di salute dipende dalla qualità del sistema sanitario: in altre parole **si continua ad attribuire all'efficienza del nostro SSN risultati che dipendono da altri fattori (genetici, ambientali, stili di vita).** Dall'altro non vengono valutate in maniera sistematica **le criticità** che condizionano la sostenibilità del SSN:

- ✘ nonostante una spesa sanitaria già sobria, negli ultimi anni il SSN è stato sottoposto a un livello di definanziamento che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- ✘ tra le fasce di popolazione più deboli e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiorano le condizioni di accesso ai servizi sanitari, aumentano le disuguaglianze sociali e territoriali e

cominciano ad accendersi pericolose “spie rosse”, come la riduzione dell’aspettativa di vita in alcune province italiane;

- ✘ gli interventi effettuati nelle Regioni in piano di rientro hanno contribuito a determinare un sostanziale equilibrio finanziario del SSN, ma di fatto hanno peggiorato l’erogazione dei servizi sanitari, avendo inciso in misura minimale nella loro riorganizzazione;
- ✘ l’aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità continua drammaticamente a ridursi nel confronto con altri paesi europei, lasciando emergere l’inderogabile necessità di costruire al più presto un servizio socio-sanitario nazionale;
- ✘ il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, elevando l’età media e demotivando la principale risorsa su cui poggia il sistema di tutela della salute;
- ✘ alcune innovazioni *disruptive*, in particolare informatizzazione e tecnologie digitali in grado di migliorare efficienza, efficacia, trasparenza e sostenibilità del SSN, non riescono a decollare in maniera definitiva e omogenea su tutto il territorio nazionale;
- ✘ la prevenzione continua a rimanere la “sorella povera” dei LEA, sia perché molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali;
- ✘ la limitata *governance* dell’intermediazione assicurativo-finanziaria sta creando veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi del suo universalismo.

Ecco che allora, il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine legato inevitabilmente alla scadenza dei mandati politici, continua ad essere affrontato da

prospettive di categoria (non scevre da interessi in conflitto), oppure esaminando singoli aspetti politici (rapporti Governo-Regioni, autonomie regionali), organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, medicina di iniziativa) ed economici (criteri di riparto, modalità di gestione dei piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa). Oppure concentrandosi sull’analisi di numeri e percentuali che documentano inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa *out-of-pocket* e ipotrofia della spesa intermediata) la cui lettura semplicistica costituisce uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: **compensare la riduzione del finanziamento pubblico tramite il potenziamento di un “secondo pilastro”**. Questa proposta, fortemente sostenuta dall’intermediazione assicurativo-finanziaria, ipotizza che **le complesse dinamiche che condizionano i flussi economici in sanità siano regolate dal principio dei vasi comunicanti**. In realtà, questa teoria è **assolutamente fallace** in quanto:

- ✘ una percentuale rilevante del finanziamento pubblico non produce alcun miglioramento in termini di salute in quanto alimenta varie tipologie di sprechi e inefficienze;
- ✘ numerosi bisogni di salute, per i quali sono disponibili servizi e prestazioni efficaci e appropriate, non vengono soddisfatti né dalla spesa pubblica, né dalla spesa privata per varie ragioni: mancata inclusione nei LEA, inadempimenti LEA (criticità organizzative, inappropriately professionale), mancata *compliance*;
- ✘ una quota consistente della spesa *out-of-pocket* non contribuisce affatto a fronteggiare le minori tutele pubbliche bensì alimenta il consumismo sanitario, per cui la sua eventuale “messa a sistema” da parte del secondo pilastro determinerebbe solo un aumento della spesa privata e totale;

- ✘ oltre il 60% delle prestazioni coperte dai fondi sanitari non è affatto integrativa ma sostitutiva, rispetto a quanto già offerto dai LEA; di conseguenza, a legislazione vigente, l'espansione incontrollata del secondo pilastro indebolisce il SSN perché sottrae risorse pubbliche tramite le agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, aumentando al tempo stesso diseguaglianze e consumismo sanitario.

Tutti questi approcci parcellari alla valutazione della sostenibilità del SSN rischiano di far perdere di vista il rischio reale per il popolo italiano: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, dopo 40 anni di onorato servizio il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini.

Con questo monito nel marzo 2013 la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale" (#salviamoSSN)<sup>3</sup>: nel giugno 2016, dopo tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti, il "Rapporto GIMBE per la sostenibilità del SSN 2016-2025"<sup>4</sup> ha fermamente ribadito che per salvarlo è indispensabile rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare. Nel settembre 2016 è stato quindi lanciato l'Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN<sup>5</sup>, per un monitoraggio continuo e indipendente di tutti gli *stakeholder*, ispirato a tre principi fondamentali:

- ✘ *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali;
- ✘ *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
- ✘ *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di

salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso un mandato etico e obiettivo economico.

Nel giugno 2017 il 2° Rapporto GIMBE<sup>6</sup>, escludendo l'esistenza di un piano occulto di smantellamento del SSN, ha rilevato al tempo stesso l'assenza di un esplicito piano di salvataggio per la sanità pubblica, che è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE (figura pag. 9) e ha rappresentato la base per il *fact checking* dei programmi elettorali in occasione delle ultime consultazioni politiche<sup>7</sup>.

Dal monitoraggio è emerso che, per una variabile combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, nessuna forza politica ancora una volta è stata in grado di elaborare un preciso "piano di salvataggio" del SSN coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità. A giugno 2018, con il 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN<sup>8</sup>, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell'idea di welfare e nella (ri)programmazione socio-sanitaria. In altre parole, riprendendo le conclusioni dell'indagine sulla sostenibilità realizzata nella passata legislatura dalla 12<sup>a</sup> Commissione Igiene e Sanità del Senato, «troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese.

La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico.

Da queste conclusioni è necessario ripartire»<sup>9</sup>.

In tal senso, il capitolo Sanità del "Contratto per il Governo del Cambiamento" si apre con un'affermazione perentoria che non lascia adito a dubbi: "È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente

pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il SSN significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza”.

Questa rassicurante dichiarazione di intenti esclude perentoriamente ogni forma di privatizzazione del SSN e conferma la volontà di tutelare i principi fondanti della L. 833/78 quali equità ed universalismo. Il Contratto riporta inoltre che “È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali”.

Tuttavia, se il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale rappresenta

un'inderogabile necessità per garantire la reale sostenibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale, oltre che per il rilancio del SSN, il recupero integrale di *“tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica”* appare un obiettivo molto ambizioso se guardiamo agli ultimi 5 anni (poco più di 12 miliardi di euro), assolutamente utopistico se riferito al periodo 2010-2018, visto che tra tagli e defianziamenti la cifra è prossima ai 40 miliardi di euro.

A fronte delle intenzioni contenute nel Contratto di Governo tutti gli *stakeholder* della sanità aspettano con ansia di conoscere l'entità dell'ossigeno che il nuovo Esecutivo sarà in grado di erogare per rianimare il SSN. A tal proposito, il 25 luglio la Ministra della Salute Giulia Grillo nella sua audizione in Parlamento ha ribadito che “è cruciale riaprire i rubinetti degli investimenti, chiusi ormai da troppo tempo” e il 2 agosto ha confermato l'intenzione di aumentare il

**SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE** non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

**PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI** per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

**RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA** per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

**CERTEZZE SULLE RISORSE PER LA SANITÀ:** stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico

**MAGGIORI CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI** nel pieno rispetto delle loro autonomie

**RILANCIARE LE POLITICHE PER IL PERSONALE** e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

**ELIMINARE IL SUPERTICKET** e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei

**SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO** e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone

**COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE**, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari

**PIANO NAZIONALE CONTRO GLI SPRECHI IN SANITÀ**, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

**RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA** secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri

**FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA:** almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

**#salviamoSSN**

**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

fondo sanitario nazionale, in particolare per coprire le risorse mancanti per sbloccare i nuovi LEA.

Ma, al tempo stesso, ha invitato tutti a non farsi troppe illusioni, considerato che *“i molti impegni programmati dall’Esecutivo richiedono un notevole sforzo economico”*. Ecco perché il banco di prova per la sanità non potrà essere la Legge di Bilancio 2019, perché ad oggi mancano le risorse per rifinanziare a breve termine e in maniera consistente il SSN.

Ma se le intenzioni sul SSN dichiarate nel Contratto di Governo sono reali, il vero segnale è atteso a settembre nella nota di aggiornamento del DEF 2018, che dovrà mettere nero su bianco quell’inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL annunciata anche dalle parole del Premier Conte nel discorso per la fiducia: *“tornare ad investire nel settore invertendo l’attuale tendenza sancita nel DEF, che vede la spesa sanitaria scendere rispetto al PIL nei prossimi anni”*.

Se così non fosse, le assicuranti promesse del Contratto di Governo rimarranno lettera morta, lasciando ancora una volta che sia il futuro a prendersi cura del SSN e consegnando la scena agli ammaliati seduttori del secondo pilastro che hanno già iniziato a spianare la strada alla privatizzazione. ●

- 1 World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Disponibile a: [www.who.int/whr/2000](http://www.who.int/whr/2000). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 2 Bloomberg. *Most Efficient Health Care 2014: Countries*. Disponibile a: [www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries](http://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 3 Cartabellotta A. *Salviamo il Nostro SSN*. *Evidence* 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: [www.evidence.it/art/e1000038](http://www.evidence.it/art/e1000038). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 4 *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: <http://www.rapportogimbe.it/2016>. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 5 Cartabellotta A. *#salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all’Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. *Evidence* 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: [www.evidence.it/art/e1000151](http://www.evidence.it/art/e1000151). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 6 *2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2017](http://www.rapportogimbe.it/2017). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 7 *Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica*. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: [www.gimbe.org/elezioni2018](http://www.gimbe.org/elezioni2018). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 8 *3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 9 *Documento conclusivo dell’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione*. 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Roma, 7 febbraio 2018. Disponibile a: [www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf](http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf). Ultimo accesso: 27 agosto 2018.