

Dr. Agostino Scardamaglio

La crisi dei sistemi sanitari universalistici



Premessa

La crisi dei sistemi sanitari universalistici

Nei diversi paesi europei, nel corso del '900, si sono succeduti due eventi che hanno comportato un crescente aumento dei costi assistenziali:

- 1) la crisi economica e sociale generata dal secondo conflitto mondiale che imponeva una ripresa dello sviluppo delle attività produttive imprescindibile dal contrasto alle malattie causate spesso dalla povertà e dalle scarse misure igieniche;
- 2) l'approdo alla 3^a fase della transizione epidemiologica, caratterizzata dal mutamento delle malattie prevalenti (progressivo ed ampio controllo delle malattie infettive, crescente rilevanza delle malattie cronico degenerative e tumorali per l'allungamento della vita media).

Scardamaglio A.

La nascita dei sistemi sanitari

Per fare fronte a tale evenienza vennero istituiti i sistemi socio-assistenziali che, con diverse modalità di finanziamento, garantiscono ancora oggi l'assistenza sanitaria ai cittadini.

A seconda delle singole realtà nazionali il loro finanziamento è ricaduto sulla fiscalità generale o sugli utenti.



Scardamaglio A.

Il finanziamento

Il finanziamento attraverso la fiscalità generale è stato quello più adottato nei paesi europei mentre quello a carico esclusivo dell'utente si è diffuso nelle Americhe, in Africa e in Asia.

Nei Paesi che hanno scelto un modello privatistico i costi sanitari sono di norma mitigati dalla stipula di assicurazioni individuali o dall'adesione a varie forme di mutualità.



Scardamaglio A.

L'esempio del S.S.N.

Il S.S.N. italiano è un sistema di tipo universalistico.

L'istituzione, avvenuta con la legge n. 833 del 1978, permise di superare la frammentazione mutualistica del precedente assetto consentendo l'attuazione dei principi più avanzati di protezione sociale previsti dalla Costituzione.



Scardamaglio A.

I principi fondanti

- **Universalità** : estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione come diritto, art. 32 Cost.;
- **Uguaglianza** : accesso alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, art. 3, 2° comma Cost.;
- **Equità** : parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.



Scardamaglio A.

La sostenibilità intrinseca

La riforma del 1978 prevedeva globalità dell'intervento sanitario, uniformità di applicazione territoriale, centralità dell'azione preventiva, controllabilità e partecipazione democratica, finanziamento del sistema tramite la fiscalità progressiva generale.

La *sostenibilità* era garantita da un sostanziale equilibrio tra la produzione di *cura* e la produzione di *salute*.



Scardamaglio A.

Cura e salute

Per **cura** s'intende l'intervento assistenziale sul paziente singolo ed è legato essenzialmente all'erogazione di una prestazione diagnostica e/o terapeutica (medicina clinica).

Per **salute** s'intende lo stato di benessere di una popolazione ed è legato essenzialmente a:

- misure di igiene e sanità pubblica;
- sorveglianza sulle patologie prevalenti e sulla nati-mortalità
- interventi di prevenzione su lavoro, incidenti e stili di vita.

Spesso il termine viene utilizzato in modo estensivo come benessere socio-economico, equilibrio psico-fisico, ecc. oppure in riferimento a funzioni organiche particolari (salute mentale, dell'occhio, della pelle, ecc.)

Scardamaglio A.

Le riforme degli anni '80 e '90

Nel 1987 fu decretato il numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina che, negli anni, ha contribuito alla penuria di medici e alimentato il mercato parallelo:

- ✓ della preparazione ai tests selettivi d'ingresso;
- ✓ delle iscrizioni presso università europee che non adottavano alcuna selezione d'ingresso.



Scardamaglio A.

Le riforme degli anni '80 e '90

La riforma operata dal DLgs n. 502/1992 in chiave aziendalistica, determinò la supremazia della medicina clinica che, basata sul consumo di prestazioni, meglio si adattava al paradigma del "quasi mercato" allora in voga.

Tale impostazione trovò nell'aspetto remunerativo della prestazione il suo elemento propulsivo.



Scardamaglio A.

Le riforme degli anni '80 e '90

La riforma del 1992 riscosse il favore congiunto:

- ✓ dei gestori nazionali dell'area economico-finanziaria attraverso l'introduzione di elementi economicistici su base premiante (DRGs, appropriatezza, L.E.A.);
- ✓ dei medici e dei loro rappresentanti di categoria (intramoenia, prestazioni aggiuntive, convenzioni, contratti libero-professionali);
- ✓ dei rappresentati delle strutture sanitarie pubbliche e private (poliambulatori privati accreditati e convenzionati);
- ✓ delle industrie farmaceutiche e biotecnologiche (linee di farmaci dedicate alla medicina clinica, tecnologia diagnostica e interventistica sempre più sofisticata, ecc.);

Scardamaglio A.

Le riforme successive

Sulla scia della riforma aziendalistica si è assistito, in tempi successivi, alla riorganizzazione del sistema amministrativo del SSN orientata ai principî del libero mercato (New Public Management) al fine di contenere i costi imposti dalle crescenti esigenze sanitarie e dalle ricorrenti crisi finanziarie.

Anche allora l'obiettivo prioritario era quello di limitare la crescita del debito pubblico per rispettare i criteri del Trattato di Maastricht e del Patto di stabilità e crescita.



Scardamaglio A.

Il contenimento dei costi

Nel caso italiano le strategie di contenimento dei costi, favorite anche dal miglioramento clinico e tecnologico, sono consistite in una diminuzione del finanziamento della sanità e in misure di austerità quali:

- ✓ la riduzione dell'offerta di cure ospedaliere attraverso il ricorso a servizi di ricovero diurno (day hospital, day surgery) e ambulatoriali che diventano il setting assistenziale obbligato per diverse prestazioni (LEA, appropriatezza);
- ✓ il prolungato blocco degli adeguamenti stipendiali dei medici e degli operatori delle professioni sanitarie;
- ✓ il blocco e/o il ritardo del turn-over degli stessi.

Scardamaglio A.

Conseguenze dell'austerità

L'applicazione delle misure di austerità hanno comportato:

- ✓ la perdita di attrattività dell'offerta di lavoro delle aziende sanitarie;
- ✓ la chiusura e/o lo spopolamento di un cospicuo numero di ospedali senza un corrispondente potenziamento della medicina del territorio (specialistica ambulatoriale e medicina di base).



Scardamaglio A.

La crisi dei sistemi universalistici

La crisi ha inizio in seguito al verificarsi di due evenienze (una demografica e una epidemiologica) strettamente connesse:

- ✓ allungamento della vita media della popolazione;
- ✓ mutamento delle malattie prevalenti per la crescente rilevanza delle malattie cronic-degenerative e tumorali (3^a fase della transizione epidemiologica).

Tali fattori hanno determinato un aumento cospicuo dei costi assistenziali.



Scardamaglio A.

La crisi dei sistemi universalistici

Al mutamento delle malattie prevalenti, hanno fatto seguito, negli anni, ulteriori eventi che hanno costretto i governi a pianificare una revisione al ribasso alla spesa pubblica. Tali eventi sono consistiti:

- ✓ nella grande recessione del 2008 che ha esercitato effetti indiretti anche sul finanziamento della sanità pubblica;
- ✓ nell'epidemia da Hiv-Aids dei primi anni Ottanta;
- ✓ nella SARS;
- ✓ nella pandemia da Covid-19;
- ✓ nella recente inflazione, conseguenza di conflitti e ritorsioni geopolitiche globali.

Scardamaglio A.

Effetti della crisi

Agli eventi descritti si sono poi associati due fenomeni distorsivi per l'assistenza universalistica che sono spesso consequenziali:

- ✓ l'allungamento delle liste d'attesa;
- ✓ il crescente ricorso all'assistenza sanitaria privata.



Scardamaglio A.

Allungamento delle liste d'attesa

L'allungamento delle liste d'attesa a causa del Covid-19 ha comportato, un persistente sovraccarico dei sistemi sanitari che ha richiesto ulteriore risorse per il finanziamento accessorio dei piani di recupero delle prestazioni rinviate.



Scardamaglio A.

Ricorso alla sanità privata

Il crescente ricorso alla sanità privata è stato dovuto in parte al diffondersi di una sorta di cultura globale, basata sull'esaltazione del consumo, fatta propria da una società che fonda il suo benessere sulla prestazione, la concorrenza e il libero mercato.

In buona parte è invece legato al bisogno assistenziale di curarsi nella certezza dell'esito delle cure e in tempi ragionevoli.



Scardamaglio A.

Universalistico vs privatistico

A parte le modalità di finanziamento del sistema privatistico che prevede il pagamento diretto della prestazione, ovvero, forme di assicurazione e mutualità basate sulla contrattualizzazione privata, vi sono delle connotazioni sistemiche che caratterizzano fortemente i due sistemi assistenziali.



Scardamaglio A.

Sistema universalistico

- ✓ Pone in primo piano la *salute* intesa come intervento sanitario attuato sulla popolazione attraverso screenings e misure preventive di sanità pubblica per le malattie epidemiologicamente rilevanti.

Sia l'episodio clinico-prestazionale che i controlli sono coperti dal finanziamento derivante dalla fiscalità generale e dalla eventuale quota di compartecipazione.



Scardamaglio A.

Sistema universalistico

- ✓ Lavora per ridurre le prestazioni, attraverso l'attuazione di programmi di prevenzione.
- ✓ Ha come obiettivo l'individuo inserito in un determinato contesto demografico, epidemiologico e sociale.
- ✓ Nonostante l'apparente ingente impegno economico derivante dalla tenuta di reti di sorveglianza e di screenings, risulta essere meno costoso di un sistema privatistico.
- ✓ Offre, oltre che una maggiore equità, anche una migliore efficienza in termini di salute generale e qualità delle prestazioni (principio affermato dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, approvata dalle Nazioni Unite nel 2015)

Scardamaglio A.

Sistema privatistico

- ✓ Pone in primo piano la *cura* intesa come episodio prestazionale codificato e tariffato alla stregua di un qualsiasi altro prodotto di consumo. La prestazione viene erogata al paziente singolo su basi clinico-specialistiche con la previsione di controlli successivi che consistono in ulteriori episodi prestazionali soggetti a pagamento.
- ✓ Lavora per aumentare le prestazioni al fine di incrementare i fatturati.
- ✓ Ha come obiettivo l'individuo pagante da curare, avulso dal suo contesto di vita.

Scardamaglio A.

Crisi del S.S.N.

Ai fenomeni legati all'allungamento delle liste d'attesa e al crescente utilizzo dell'assistenza sanitaria privata, già presenti nella realtà sanitaria di altri paesi, in Italia se ne aggiungono altri peculiari.



Scardamaglio A.

Crisi del S.S.N.

I fenomeni di crisi, specifici della situazione italiana, fanno riferimento:

- ✓ alla cronica carenza di medici e infermieri;
- ✓ al sovraffollamento dei pronto soccorso per il carente filtro della medicina del territorio;
- ✓ ai turni di lavoro usuranti ai quali sono costretti gli operatori sanitari del settore assistenziale;
- ✓ alla fuga degli stessi operatori verso i più remunerativi paesi esteri e/o verso il privato;
- ✓ alla frammentazione regionale con l'affermarsi di un modello di regionalismo competitivo destinato ad accentuarsi ove si approvasse il progetto di autonomia differenziata delle Regioni.

Scardamaglio A.

Possibilità di riforma

Appare chiaro che la situazione finora descritta richiede un forte impegno riformatore del S.S.N. orientato:

- ✓ al riequilibrio tra la produzione di *cura* e la produzione di *salute*;
- ✓ all'uniformità territoriale dell'azione riformatrice
- ✓ al varo di interventi sostanziali a salvaguardia della sostenibilità complessiva del sistema.



Scardamaglio A.