

Scenari evolutivi per il Servizio Sanitario Nazionale: ritorno o superamento definitivo delle Mutue?

Indice

Ritorno o superamento definitivo delle Mutue? Costruire un Secondo Pilastro anche in Sanità per un sistema più equo ed inclusivo – Marco Vecchietti , <i>Consigliere Delegato RBM Assicurazione Salute S.p.A.</i>	2
Ssn verso mutue e assicurazioni? Non è detto e in ogni caso ecco cosa fare per impedirlo – <i>Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute; Vittorio Caimi, Presidente CSERMeG; Ernesto Mola, Presidente WONCA Italia; Piergiorgio Duca, Presidente Medicina Democratica; Adriano Cattaneo, Gruppo NoGrazie; Roberto Romizi, Presidente ISDE Italia; Aldo Gazzetti, studioso</i>	9
Stiamo tornando alle mutue? Secondo me no – Cesare Fasari	14
Gelli (Pd): “Ma quale ritorno alle mutue! L’obiettivo è garantire la futura sostenibilità del Ssn” – Federico Gelli, <i>Responsabile Sanità PD, Commissione Affari Sociali della Camera</i>	16
“Noi per le mutue? Ma non scherziamo, il PD è per la sanità pubblica”. Biotestamento? “Se la Camera lo approva entro i primi di maggio ce la possiamo fare” – Emilia De Biasi, <i>Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato</i>	17
La Mozione Renzi per le mutue? Pura invenzione, basta leggerla – On. Donata Lenzi, <i>Capogruppo PD Commissione Affari Sociali della Camera; Stefano Sacchi, Presidente INAPP; On. Ileana Piazzoni, Segretario Commissione Affari Sociali della Camera</i>	20
Arrivano le mutue. Quel patto scellerato tra governo, speculazione e sindacato – Ivan Cavicchi.....	21
L’inferno dei viventi nella salute 3.0. L’Italia verso le mutue? – Daniela Francese, <i>giornalista e scrittrice</i>	23
Il PD e le mutue. Non mi avete convinto, resto della mia idea – Ivan Cavicchi	25
Ritorno alle mutue? Smentita di Renzi sarebbe importante – Giancarlo Pizza, <i>Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna</i>	29

Ritorno o superamento definitivo delle Mutue? Costruire un Secondo Pilastro anche in Sanità per un sistema più equo ed inclusivo

È necessario intervenire a livello normativo per riportare le forme sanitarie integrative all'interno del sistema sanitario del nostro Paese estendendone l'ambito di operatività a tutta la spesa sanitaria privata e permettendo a tutti i cittadini di aderirvi. Si tratta in realtà quindi di dar vita ad un Secondo Pilastro anche in Sanità, così come già fatto in campo previdenziale. Più di un "ritorno alle Mutue" si tratta di un definitivo "superamento delle Mutue".

I contenuti del mio contributo sono prevalentemente rivolti all'analisi "SSN verso mutue ed assicurazioni?" pubblicata il 30 marzo scorso da QS. Al riguardo, in primo luogo, ci tengo a dire che ho apprezzato con viva soddisfazione questo dibattito che *Quotidiano Sanità* ha il merito di ospitare sul futuro del Sistema Sanitario del nostro Paese.

Ho appreso con soddisfazione che al di là della versione mediatica della politica alla quale ci siamo assuefatti esiste ancora la voglia e la passione di discutere di valori, temi veri e di modelli sociali. In questo contesto, ci tengo a precisarlo, il mio contributo sul tema sarà reso a mero titolo personale da studioso ed appassionato della materia a prescindere dagli incarichi e dal ruolo che oggi rivesto a livello aziendale. Spero che le mie riflessioni rese nell'ottica di mettere a factor comune le mie competenze professionali possano accolte da tutti in questi termini senza dietrologie.

Lo spettro delle Mutue

Nel dibattito pubblico sulla Sanità in atto da tempo nel nostro Paese si registrano sovente delle prese di posizione che mostrano da un lato come la materia sia, ancora, segnata da venature ideologiche che tendono a ricondurre riduttivamente la questione ad astratte contrapposizioni tra «pubblico» e «privato» e dall'altro come esista una profonda distanza tra la percezione degli strumenti da utilizzare e la loro reale natura. In questo scenario si inserisce, inoltre, un'ulteriore complessità legata al mancato utilizzo di una nomenclatura e di categorie di analisi comuni tra *decision makers, stakeholder* e *players* del sistema.

Succede, ad esempio, che la parola "mutue" finisca per assumere un'accezione negativa, quando utilizzata per assimilare – in modo assolutamente strumentale – gli attuali Fondi Sanitari Integrativi del S.S.N. all'esperienza pre-istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale o per assimilare le Polizze Sanitarie ad un concetto più generico di sanità privata e/o di "sanità all'americana", e, nel contempo, un'accezione positiva quando si cerca di tracciare – con argomentazioni piuttosto stereotipate – una differenza netta tra Forme Sanitarie Integrative no profit e Forme Sanitarie Integrative di natura assicurativa (e, quindi, *for profit*).

Può sembrare un eccesso di zelo, me ne rendo conto, ma spesso si dice che "il diavolo è nei dettagli" proviamo quindi a capire perché si continui ad evocare, talvolta un po' grottescamente, un possibile "ritorno alle Mutue". In primo luogo bisogna considerare infatti che nessuno degli scenari "manutentivi" del nostro Servizio Sanitario Nazionale ha mai ipotizzato la restaurazione di un sistema sanitario di base affidato ad Enti di natura occupazionale di ispirazione "bismarkiana" (quali erano, come noto le Casse Mutue "propriamente dette").

La vera riflessione, quindi, che andrebbe sviluppata rispetto al futuro del sistema sanitario dovrebbe riguardare essenzialmente due temi: la diversificazione delle fonti di finanziamento del sistema e la gestione dei nuovi bisogni di cura dei cittadini, in una prospettiva di recupero di una dimensione collettiva anche per la spesa sanitaria privata “di tasca propria”. Non si tratta, quindi, di ripudiare il Servizio Sanitario Nazionale quanto di identificare degli strumenti in grado di intercettare quei bisogni assistenziali aggiuntivi che oggi già sfuggono alla capacità gestionale del pilastro pubblico.

Credo, per onestà intellettuale, che tutti possano agevolmente convenire sul fatto che la spesa sanitaria privata c.d. “*out of pocket*” rappresenti, per definizione, il modello più iniquo di accesso alle cure dal momento che lascia ciascuna famiglia di fronte alla necessità di “acquistare solo le cure che può permettersi”. E a questo punto che entrano in campo le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Polizze Assicurative e Società di Mutuo Soccorso) e, immancabilmente, viene revocato anche “lo spettro” delle Mutue.

Le Mutue si dice, questa volta riferendosi tanto ai Fondi Sanitari che alle Polizze Assicurative, sono prevalentemente improntate a criteri di adesione di tipo occupazionale e poi non garantiscono trattamenti omogenei in questo ampliando le differenze tra i cittadini. In questa analisi – che coglie invero alcune criticità dell’attuale modello della Sanità Integrativa – si dimentica però che queste Forme Sanitarie Integrative esistono già, garantiscono un contributo importante a molte famiglie italiane (oltre 10 milioni di persone) ed operano nei termini descritti perché una normativa risalente (D.lgs. 229/99, meglio noto come “Riforma Bindi”) – e non quindi una nuova normativa che qualcuno vorrebbe introdurre – le aveva immaginate come “mero” strumento di libero associazionismo tra i lavoratori.

La priorità oggi rispetto al tema della Sanità Integrativa, quindi, è proprio questa: intervenire a livello normativo per armonizzare le Forme Sanitarie Integrative all’interno del sistema sanitario del nostro Paese, regolamentandole in modo omogeneo, estendendone l’ambito di operatività a tutta la spesa sanitaria privata (così da contenere/eliminare la spesa sanitaria di tasca propria) e permettendo a tutti i cittadini di aderirvi anche attraverso la revisione dell’attuale impostazione fiscale che genera un’immotivata penalizzazione per chiunque non sia titolare di un reddito da lavoro dipendente.

Si tratta in realtà quindi di dar vita ad un vero e proprio Secondo Pilastro anche in Sanità, così come già fatto in campo previdenziale, riassorbendo in uno scenario organico le Forme Sanitarie Integrative e valorizzandone il contributo per il futuro del nostro Paese. A me sembra, mi si permetta, che più di un “ritorno alle Mutue” si tratti di un definitivo “superamento delle Mutue”...

Problemi di equità

Con riferimento alla Sanità Integrativa sono stati rilevati, nell’analisi richiamata in premessa, alcuni problemi che hanno sostanzialmente a che fare con il piano dell’equità. La prima argomentazione al riguardo, citando i dati del VI Rapporto Annuale RBM – Censis su “Sanità Pubblica, Sanità Privata ed Intermediata in Italia”, è che la Sanità Integrativa oggi sia un fenomeno prevalentemente riservato ai lavoratori dipendenti.

La concentrazione delle Forme Sanitarie Integrative in tale settore, tuttavia, è l’inevitabile conseguenza di un’impostazione normativa (come già ricordato) che ha inteso costruire un modello nel quale solo attraverso accordi collettivi di lavoro, di natura nazionale e/o aziendale, sia possibile aderire a Fondi Sanitari autorizzati ad assicurare tutte le prestazioni pagate di tasca propria dal cittadino. Al di fuori di tali accordi collettivi i lavoratori, anche quando percettori di redditi di lavoro autonomo o di altri redditi (e quindi, oggettivamente, impossibilitati a beneficiare di accordi di natura collettiva), possono esclusivamente aderire a Fondi Sanitari dedicati alle spese odontoiatriche ed alle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali (le c.d. “prestazioni vincolate”).

Tale impostazione, peraltro, viene rafforzata anche da un regime tributario che nei fatti garantisce la deducibilità dei contributi versati alle Forme di Sanità Integrativa con un approccio “asimmetrico” in base al quale i Fondi Sanitari riservati ai lavoratori dipendenti devono destinare almeno il 20% delle proprie risorse per la copertura delle c.d. “prestazioni vincolate”, mentre i Fondi Sanitari aperti ai percettori di altri redditi devono necessariamente destinare il 100% delle proprie risorse per tali cure.

Ciò premesso, bisogna ricordare che l’impostazione normativa e tributaria appena richiamata è riconducibile, tuttavia, proprio all’obiettivo di mantenere marginale/esterno il ruolo della Sanità Integrativa rispetto al nostro Sistema di Sicurezza Sociale. Potrei dire quindi, con qualche

semplificazione, che le disuguaglianze che si enfatizzano oggi derivano proprio da un approccio ideologico alla tematica dei Fondi Sanitari, tutto incentrato a voler dimostrare *ex ante* che i Fondi non possano invadere “lo spazio vitale dei LEA”...peccato però, che questo “spazio vitale”, oggi sia già il terreno della spesa sanitaria privata! E allora, francamente non mi è chiaro, perché invece di sottrarre tutele integrative a chi le ha già (e, non lo si dimentichi, le finanzia con il proprio salario) – ovvero i lavoratori dipendenti – non si estende questo modello a tutti i cittadini. In questo modo si darebbe, finalmente, avvio ad un Secondo Pilastro anche in Sanità, sinergico e non antagonista del Servizio Sanitario Nazionale in grado di garantire maggiori risorse e più accessibilità alle cure. In altri termini, bisognerebbe utilizzare le Forme Sanitarie Integrative per ripristinare l’uguaglianza restituendo vantaggi a tutta la collettività con un impatto in termini di finanza pubblica molto contenuto.

Non dobbiamo trascurare, poi, che diverse fonti attestano oggi che l’elusione/evasione fiscale in sanità abbia una dimensione prossima ai 5 miliardi di Euro annui e che un sistema a “fatturazione obbligatoria”, come quello sul quale si basano le Forme Sanitarie Integrative, potrebbe consentire di recuperare una quota significativa di questo gettito attualmente perduto.

Last but not least, mi si conceda una battuta anche sulle Forme Sanitarie Integrative dei dipendenti pubblici. Senza entrare nel merito delle costanti polemiche che investono la categoria, non credo si possa sottacere che tali Forme siano finanziate con gli stipendi. Non mi sembra corretto, da un punto di vista tecnico, cercare di far passare queste tutele contrattuali al pari di prebende pagate dalla collettività a pochi fortunati.

Allora chiariamo bene un ulteriore punto: non c’è alcun onere aggiuntivo pagato dai contribuenti per le Forme Sanitarie Integrative del personale della Pubblica Amministrazione quanto la scelta, a mio avviso piuttosto lungimirante, di alcune Amministrazioni di “forzare” il proprio personale a dotarsi di una protezione aggiuntiva della salute anche in un’ottica di miglior gestione della propria attività lavorativa. Volendo, anzi, su questo punto si potrebbe osservare che se gli stessi “gestori” del Servizio Sanitario Nazionale ritengono legittimo l’affiancamento per il proprio personale di Forme Sanitarie Integrative non esiste motivo per non applicare la medesima soluzione a tutti i cittadini italiani...

Problemi di efficienza

Un’altra argomentazione di sicuro interesse riguarda l’asserita inefficienza delle Forme Sanitarie Integrative a causa della loro frammentazione che ne indebolirebbe il potere contrattuale verso i fornitori e renderebbe inefficienti i loro apparati anche a causa dei costi di transazione connessi alla loro operatività.

La considerazione ha, sul piano teorico, una sua indubbia solidità tuttavia denuncia – mi si permetta sommessamente di dirlo – una conoscenza molto approssimativa del caso italiano. Prova ne è, peraltro, che gli stessi commentatori per supportare la loro tesi abbiano dovuto fare riferimento a modelli internazionali (da un lato Stati Uniti, Olanda Regno Unito e dall’altro Scozia e Canada) per sostenere le proprie valutazioni che non hanno, nei fatti, molto in comune con le Forme Sanitarie Integrative nel nostro Paese. Si tratta, infatti, di sistemi sanitari di base (c.d. “primo pilastro”) incaricati di tutelare la salute dei propri cittadini, di erogare direttamente prestazioni sanitarie gestendo, nella maggior parte dei casi, direttamente le strutture sanitarie e la stessa rete dei medici “prescrittori” (c.d. “*gatekeeper*”). La Sanità Integrativa, in Italia, è modello completamente diverso. Allora proviamo, anche in questo caso, a fornire qualche dato più attinente ai modelli sociali attuati nel nostro Paese. La Sanità Integrativa italiana a livello gestionale, utilizza nel 62% dei casi delle soluzioni assicurative per coprire le proprie prestazioni sanitarie. Il settore assicurativo in questo ramo risulta già decisamente concentrato in ragione dell’elevata specializzazione richiesta agli operatori (i primi 3 player detengono poco meno del 60% del mercato complessivo).

Peraltro, l’esiguità delle risorse messe a disposizione – per motivi congiunturali – nel settore del lavoro dipendente ha già portato nel tempo ad una forte competitività del settore. Prova ne è che attualmente a fronte di un premio medio di € 398 *pro capite*, che comunque risulta inferiore di oltre 1/3 rispetto alla spesa sanitaria media di tasca propria dei cittadini italiani, le Forme Sanitarie Integrative restituiscono un risarcimento medio di Euro 309 *pro capite*. Si tratta, quindi di un livello di risarcimento appena al di sotto dell’80% degli importi versati dagli assicurati rispetto al quale, poi, bisognerebbe considerare un’imposizione del 2,5% sui premi incassati (che quindi va a ridurre le somme disponibili per l’effettiva copertura delle spese sanitarie) e gli oneri di riservazione (ovvero l’obbligo delle imprese di dotarsi di capitali aggiuntivi per poter garantire, anche in scenari catastrofali, l’erogazione delle prestazioni assicurate, ed i costi di gestione).

Ancora, a conferma del percorso verso l'efficienza già imboccato dal mercato è interessante osservare come negli ultimi 10 anni i costi amministrativi rilevati dall'IVASS (Autorità di Vigilanza delle Imprese Assicuratrici) sul ramo sanitario siano passati da poco meno del 30% al 20% (con una riduzione, quindi, di 1/3) a testimonianza della capacità delle Compagnie Assicuratrici di ricercare maggiore efficienza per i propri modelli operativi.

Un'ultima considerazione, ma forse la più importante a livello tecnico, va poi spesa sul tema capacità di acquisto. Si è affermato, infatti, che la numerosità dei Fondi genererebbe delle diseconomie anche nei confronti delle strutture sanitarie e dei medici professionisti. Al riguardo, credo sia fondamentale far conoscere ai cittadini, che le Forme Sanitarie Integrative operano oggi prevalentemente attraverso 5 Centrali di acquisto (3 appartenenti a Gruppi Assicuratrici, 1 da un Fondo Sanitario ed una 1 indipendente) che complessivamente gestiscono poco meno del 50% della spesa sanitaria privata intermediata. In media la riduzione di costi ottenuta da tali centrali di acquisto rispetto ai listini privati degli operatori sanitari si attesta tra il 25% ed il 35% per cento. In altri termini, se tutta la spesa sanitaria privata degli italiani in servizi, pari a poco più di 15 miliardi venisse affidata alle Forme Sanitarie integrative si avrebbe, a parità di condizioni un *saving* complessivo di quasi 5 miliardi, pari ad almeno il 20% dell'attuale spesa sanitaria pagata da ciascuno di noi di tasca propria.

Tutto questo senza considerare, ovviamente, che un Secondo Pilastro Sanitario "istituzionalizzato" potrebbe ottenere risultati ancora migliori.

Le prestazioni dei FS non sono solo integrative, ma ormai in maggioranza sostitutive

Le prestazioni offerte dai Fondi Sanitari, si dice, non sono solo integrative, ma per oltre 50% degli importi sostitutive e di analoga offerta al SSN. Il dato citato dai commentatori è estrapolato dal VI Rapporto Annuale RBM - Censis (al quale, peraltro, contribuisco da anni) e quindi, non posso che confermarlo. Tuttavia credo che sia importante differenziare il dato medio per ciascuna tipologia di Forma Sanitaria Integrativa attualmente operativa nel nostro Paese.

Infatti mentre le Forme Sanitarie Integrative istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale (i c.d. "Fondi Contrattuali") operano con un'impostazione prevalentemente sostitutiva del SSN, le Forme Sanitarie Territoriali sono fortemente incentrate sulle prestazioni di natura complementare e sulle prestazioni di natura integrativa, le Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali (ovvero quelle attivate in favore dei liberi professionisti: Notai, Avvocati, Commercialisti, Ingegneri, Architetti, etc) operano con un'impostazione di natura prevalentemente sostitutiva e con un basso livello di copertura delle prestazioni integrative, mentre le Forme Sanitarie Aziendali e quelle istituite dalle PA presentano un mix piuttosto bilanciato di copertura con un'attenzione specifica alle prestazioni integrative. Non è possibile, pertanto, basare una valutazione adeguata del ruolo svolto dalle Forme Sanitarie Integrative su delle generalizzazioni.

E poi, per andare più a fondo del problema, il tema a mio avviso non è solo cosa rimborsano le Forme Sanitarie Integrative ma quale funzione svolge la spesa sanitaria privata. Intendo dire che il punto non è cosa i Fondi Sanitari o le Compagnie abbiano deciso di assicurare ma quali prestazioni sanitarie gli italiani siano costretti a comprare privatamente (ovvero di tasca propria) perché, nei fatti non fruibili attraverso il SSN. Le Forme Sanitarie Integrative, infatti, si limitano ad intervenire su spese già sostenute dai cittadini.

I Fondi diventano induttori di prestazioni

Un'altra argomentazione molto importante riguarda l'asserita induzione da parte dei Fondi di ulteriore spesa sanitaria, presumibilmente impropria. In particolare si afferma che i Fondi Sanitari per sopravvivere possano tendere ad indurre prestazioni non necessarie, come farebbero anche i produttori di tecnologie mediche, in quanto queste sono comunque fonti di guadagno anche per loro. Onestamente questa opinione, per quanto ritenuta dirimente da chi la propone, non trova – anch'essa – alcun riscontro nella realtà italiana.

Le Forme Sanitarie Integrative in Italia non possiedono strutture sanitarie – a differenza di quanto avviene nel modello statunitense che, probabilmente, è stato utilizzato come paradigma dagli autori dell'analisi che stiamo commentando – quindi non hanno alcun guadagno dall'erogare prestazioni sanitarie aggiuntive o inutili. Anzi obiettivo delle Forme Sanitarie Integrative nel nostro Paese, stante anche la loro complementarità nei fatti rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, è il contenimento della spesa sanitaria degli assicurati mediante il contrasto dei fenomeni di *overtreatment* e dei *trend* propri della *medical inflation*.

Parimenti fuorviante, mi permetto di rilevare, risulta essere anche il ragionamento derivato da queste premesse volto a dimostrare un effetto induttivo da parte dei Fondi Sanitari Integrativi sulla spesa sanitaria attraverso un'analisi comparativa della spesa pro-capite in PPP\$ dei paesi di Europa occidentale e Nord America. In particolare, le conclusioni di questa riflessione affermano che i Paesi con un SSN (o Modelli assimilabili) hanno spesa sanitaria totale in media minore rispetto a quelli con Sistemi c.d. "Assicurativi" (mutualistici no profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA). Il ruolo dei Fondi Sanitari, o meglio delle Forme Sanitarie Integrative, nei diversi Paesi OCSE – così come del resto la loro diffusione – infatti è assolutamente diverso da Paese a Paese.

Se si analizzano le statistiche OCSE appare palese come mentre negli Stati Uniti tali forme svolgano un ruolo di *primary care* (primo pilastro), in Francia assumano una funzione istituzionalmente "complementare" al sistema sanitario pubblico mentre in Italia operino con una funzione a livello sanitario meramente integrativa.

Pertanto se un approccio di questo tipo viene impiegato per valutare uno scenario prospettico di abolizione/sostituzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale a favore di un Sistema c.d. "Assicurativo" ha un suo fondamento, diversamente se lo si vuole adottare per illustrare la realtà attuale dei Fondi Sanitari in Italia e/o una loro possibile maggiore diffusione come mero Secondo Pilastro Integrativo produce risultati assolutamente fuorvianti.

Non a caso, piuttosto distonica rispetto alla realtà del nostro Paese, risulta anche la considerazione che i Fondi Sanitari falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai loro sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica. Obiettivo delle Forme Sanitarie Integrative in Italia, infatti, non è (né, a mio avviso dovrebbe essere) quello ridurre la spesa pubblica in sanità (che peraltro nel nostro Paese è già decisamente depressa) quanto di garantire recuperare una dimensione collettiva ai consumi privati in sanità al fine di preservare i valori cardine del nostro sistema sanitario.

La spesa sanitaria privata out of pocket

In uno dei passaggi salienti dell'analisi in commento si dubita dell'efficacia di Fondi Sanitari e Compagnie Assicuratrici nell'intermediazione della spesa sanitaria privata ed, in qualche modo della necessità stessa di intervenire per risolvere il problema della sotto-assicurazione della spesa sanitaria privata delle famiglie italiane. Partiamo anche qui dai dati: Il nostro Paese presenta, in base alle rilevazioni OCSE, un'incidenza percentuale della spesa privata sulla spesa sanitaria totale di circa il 24%, appena inferiore a quella dei Paesi dell'Europa a 27 (27%).

In particolare, a livello comparativo, il livello di spesa privata dell'Italia risulta assimilabile a quello di Francia e Germania è pienamente in linea con quello del Regno Unito che, come noto, ha un sistema sanitario incentrato – al pari del nostro Paese – su di un modello di tipo *Beveridge*. In questo contesto, tuttavia, il tratto peculiare dell'Italia è rappresentato dalla straordinaria incidenza sulla spesa sanitaria privata della spesa sanitaria privata di tasca propria (oltre l'87%), ovvero di quella quota della spesa sanitaria privata pagata direttamente dai cittadini.

Al riguardo, sempre in ottica comparativa, è importante evidenziare come in Francia le Forme Sanitarie Integrative intermediano quasi il 70% della spesa sanitaria privata, mentre in Germania e nel Regno Unito rispettivamente il 40% ed il 45% (a fronte, come accennato, di un livello di spesa sanitaria privata assimilabile a quello del nostro Paese). Il problema mi sembra evidente e richiede, a meno di voler far crescere sempre di più il livello delle cure differite e/o rinunciate, una soluzione collettiva che non lasci le famiglie di fronte alla necessità di far fronte solamente con le proprie risorse a questi bisogni assistenziali (a meno che, e torniamo ai luoghi comuni sulla sanità privata e sulla sanità integrativa, non si riesca a convincerle che di queste cure non hanno effettivamente bisogno).

In secondo luogo, la capacità della Sanità integrativa di contenere i costi per i cittadini è stata già diffusamente dimostrata parlando delle Centrali di acquisto dei Fondi Sanitari e delle Compagnie Assicuratrici. Il nodo della questione è che un acquisto anticipato ed in blocco consente comunque risultati economicamente più vantaggiosi sia per i cittadini che per le strutture sanitarie erogatrici che riescono attraverso tale sistema ad ottimizzare il proprio *cash flow* (rispetto ai pagamenti del SSN), gestire meglio i plafond di produzione imposti da molte Regioni, ammortizzare i propri investimenti e garantirsi un miglior assorbimento dei costi fissi.

Un secondo pilastro sanitario per la buona salute di tutti

Il Secondo Pilastro Sanitario non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma invece un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio Sanitario Nazionale attraverso il quale “intermediare” la spesa sanitaria (ticket del Servizio Sanitario Nazionale inclusi) rimasta a loro carico.

Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro sistema pubblico, ma, al contrario, di una fonte di alimentazione aggiuntiva per il sistema sanitario che attraverso l'organizzazione ed il governo della spesa sanitaria privata è in grado di favorire la sostenibilità futura dello stesso Servizio Sanitario Nazionale utilizzando strumenti messi a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario. Del resto un'evoluzione multipillar del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia e all'Olanda) e ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di welfare, come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (quali la Gran Bretagna, il Canada e l'Australia).

I Fondi Sanitari, le Compagnie Assicuratrici e le Società di Mutuo Soccorso possono quindi garantire un supporto fondamentale al Servizio Sanitario Nazionale in termini di sostenibilità ed efficienza garantendo al contempo il recupero di importanti “quote di universalismo” perse dal sistema sanitario nel suo complesso per via della diversa capacità assistenziale di ciascuna Regione e del razionamento implicito derivante dalle politiche di riequilibrio della spesa pubblica in sanità degli ultimi anni. In quest'ottica, occorre lavorare alla costruzione di un Secondo Pilastro Sanitario “aperto”, ovvero non più riservato ai lavoratori dipendenti, che garantisca una protezione aggiuntiva a tutti i cittadini senza distinzioni di attività lavorativa, reddito/condizione sociale, età (lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, liberi professionisti, P.IVA, pensionati, studenti, casalinghe etc) e che si estenda all'intero nucleo familiare.

L'ambito di operatività del Secondo Pilastro Sanitario in prospettiva dovrebbe essere riposizionato rispetto all'attuale campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative (odontoiatria, socio-sanitario e socio-assistenziale) per andare ad abbracciare l'intero campo della spesa sanitaria privata quindi pagata direttamente “di tasca propria” dai cittadini per la quota servizi (con particolare attenzione a odontoiatria, prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali) e finanziare Protocolli di Prevenzione contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili”. In questo modo l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata sui redditi delle famiglie – attualmente la più alta (87%) in assoluto tra i Paesi OCSE – potrebbe essere notevolmente contenuta attraverso una più efficace azione di intermediazione da parte del Secondo Pilastro Sanitario.

Per raggiungere questi obiettivi servono regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) che prevedano l'obbligo per far parte del sistema di garantire: l'assenza di selezione del rischio in ingresso, il divieto di recesso unilaterale da parte della Forma Sanitaria Integrativa per sopraggiunta onerosità della copertura, l'estensione dei Piani Sanitari Integrativi al nucleo familiare, la prosecuzione della copertura sanitaria anche dopo il pensionamento e un'adeguata solvibilità finanziaria in linea con la recente normativa Solvency 2 applicata in tutti i Paesi UE.

I contributi versati a tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) in possesso dei suddetti requisiti devono essere deducibili, senza ulteriori distinzioni, per tutti i cittadini.

Essenziale in questo contesto la costituzione di un'Autorità di Vigilanza Unica in grado di garantire applicazione delle regole per le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso).

Inoltre andrebbero rimossa l'imposta sui premi (pari attualmente al 2,5%) versati dai Fondi Sanitari, dalle Società di Mutuo Soccorso o dai cittadini nel momento in cui decidano di attivare una copertura assicurativa a protezione dei propri Piani Sanitari. Tale prelievo, peraltro di entità contenuta, genera un profondo disincentivo nei confronti dei cittadini e dà luogo ad un'inspiegabile diversificazione di regime fiscale tra le diverse Forme Sanitarie Integrative. Non bisogna dimenticare, infatti, che la copertura assicurativa dei Piani Sanitari promossi dai Fondi Sanitari e dalle Società di Mutuo Soccorso rappresenta un'importante garanzia in materia di solvibilità in favore degli assistiti.

I vantaggi derivanti dalla messa in atto della proposta fin qui illustrata sono essenzialmente i seguenti:

- Recuperare “governance” da parte del SSN sulla spesa sanitaria privata dei cittadini attualmente gestita in completa autonomia con rischi di inappropriatelyzza, consumismo sanitario e, comunque, mancata rispondenza (compliance) ad un percorso sanitario specifico
- Garantire un risparmio per i cittadini attraverso “l’intermediazione” da parte del Secondo Pilastro Sanitario di almeno il 50% della spesa sanitaria privata che attualmente grava sui redditi delle famiglie (prevalentemente a valere sulla quota “servizi”)
- Contenere i costi della sanità privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le strutture sanitarie private da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso)
- Ridurre il fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici ed ottimizzazione delle Liste di Attesa con conseguente incremento dell’accessibilità alle cure a favore dei cittadini
- Migliorare la salute dei cittadini attraverso Protocolli di Prevenzioni contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili a favore della popolazione assistita finanziati continuativamente dal Secondo Pilastro Sanitario, con un risparmio potenziale per l’intero sistema di oltre 8 mld nei prossimi 20 anni
- Contrastare l’elusione fiscale in sanità (oltre 9 mld tra specialistica e badanti) in quanto per ottenere il rimborso da una Forma Sanitaria Integrativa (Fondo Sanitario, Compagnia di Assicurazione, Cassa di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) è necessario presentare la fattura della spesa sostenuta
- Incrementare l’occupazione attraverso il finanziamento delle spese socio sanitarie e socio assistenziali da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso), in quanto la necessità di regolarizzare i rapporti di lavoro per ottenere il rimborso delle prestazioni consente di realizzare tra i 500mila e gli 800mila nuovi posti di lavoro

Conclusioni

La miglior tutela dell’universalismo e dell’equità del Servizio Sanitario Nazionale passa per lo sviluppo di un Secondo Pilastro anche in Sanità, in grado recuperare una dimensione collettiva per la spesa sanitaria privata contenendone nel contempo l’impatto sui redditi delle famiglie. In questa prospettiva i Fondi Sanitari Integrativi e le Compagnie di Assicurazione possono mettere a disposizione del Paese delle risorse fondamentali per garantire qualità e sostenibilità delle cure per i cittadini di oggi e di domani”.

Marco Vecchiatti

Consigliere Delegato di RBM Assicurazione Salute Spa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ssn verso mutue e assicurazioni? Non è detto e in ogni caso ecco cosa fare per impedirlo

Due idee. Da un lato eliminare gli incentivi fiscali per tutto ciò che non è effettivamente integrativo al Ssn. Dall'altro, se Stato, Regioni e ASL entrassero nella gestione di Fondi integrativi (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative, e in questo sposiamo in pieno la proposta del Direttore di QS), dovrebbero limitarsi a prestazioni davvero integrative, di cui una seria valutazione di merito effettuata da esperti per conto del SSN confermi l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/non ancora accolte nei LEA

Abbiamo letto con grande interesse gli articoli di Cavicchi, che ha lanciato l'allarme su un processo in atto di restaurazione delle Mutue, come pure di Francese, Bottega, Pizza. Abbiamo letto anche con soddisfazione le smentite degli Onorevoli Gelli, De Biasi e Lenzi/Sacchi/Piazzoni.

Per essere tuttavia rassicurati, occorre che alle secche smentite seguano fatti coerenti. Per arrivare ad alcune proposte in merito, occorrono alcune premesse e riflessioni basate su dati.

E – ancor prima – come Organizzazioni firmatarie dichiariamo di non avere relazioni finanziarie con componenti del cosiddetto “secondo” e “terzo pilastro” (Fondi sanitari, Mutue e Assicurazioni sanitarie). Ci piacerebbe che una dichiarazione di eventuali conflitti di interessi fosse rilasciata da tutti coloro che intervengono sul tema.

I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie

Non siamo affatto convinti della necessità di ricorrere a Fondi Sanitari/FS, e ancor meno alle Assicurazioni Sanitarie/AS, per garantire la sostenibilità del SSN, pur riconoscendo che il fenomeno ha assunto dimensioni imponenti da cui è difficile prescindere, e che in ogni caso richiederebbe una forte azione di governo, finora mancata. Il nostro dissenso rispetto a un'ulteriore espansione dei FS e di quanto (a nostro avviso impropriamente) è stato definito secondo e terzo pilastro del SSN sarà oggetto di specifiche iniziative di confronto. Ci limitiamo qui a enumerare alcuni motivi di dissenso.

Problemi di equità

Oggi usufruiscono di FS e AS 11,2 milioni di assistiti che spendono 4,5 miliardi (dato 2015 fonte RBM salute 2016). Dal 2010 il numero di assistiti è quasi raddoppiato e la spesa aumentata del 20%. La stessa fonte dichiara che quasi il 50% dei lavoratori ha una qualche forma di copertura privata. A parte i titolari di polizze individuali e collettive ad adesione individuale (20%), i restanti beneficiano di deducibilità dei contributi versati al FS fino a € 3.615/cad. (e detraibilità secondo normativa della quota parte di spese sanitarie a proprio carico). Apprendiamo (Cavicchi) che l'iniquità sta addirittura peggiorando a seguito di ulteriori normative e Accordi. Sempre da fonti assicurative (RBM, ANIA ecc.) si apprende che i FS già esistenti nella Pubblica Amministrazione vedono un esborso annuo procapite del dipendente di ~300 Euro, per cui si può supporre che simile quota sia/sarà versata dalla Pubblica Amministrazione con possibile impatto di ~800 milioni e la creazione di copertura aggiuntiva per il dipendente pubblico, com'è avvenuto di recente in Spagna e istituzionalmente negli USA. Le notevoli agevolazioni suddette sono sussidiate con le tasse anche dei 50 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari...).

Problemi di efficienza

La frammentazione in ~300 FS ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati devono gestire milioni di transazioni duplicate e ulteriori (oltre a quelle del SSN) con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, con i costi di transazione connessi, che di per sé non producono salute, anzi sottraggono molto tempo (costo/opportunità) ai professionisti sanitari singoli o

associati. Uno dei sei motivi per cui gli USA spendono in Sanità più di ogni Paese al mondo è la frammentazione del sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni sanitarie, con conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse. Olanda e Inghilterra hanno introdotto logiche della competizione e del mercato e si stanno avvicinando agli USA, con spese amministrative del 20% e 15,4% del budget ospedaliero. Invece Canada e Scozia (che non ha seguito la strada mercantile inglese) non usano i DRG per le entrate e gli ospedali sono finanziati a budget globale. L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il ~12,4% dei budget ospedalieri.

Le prestazioni dei FS non sono solo integrative, ma ormai in maggioranza sostitutive

Le prestazioni offerte dai cosiddetti FS Integrativi/FIS non sono solo integrative, ma, per oltre 50% degli importi, sostitutive di analoga offerta SSN: dunque si tratta di FS più che di FIS, ciò che la legge istitutiva si prefiggeva invece di evitare, non incentivando fondi non caratterizzati da un'offerta integrativa.

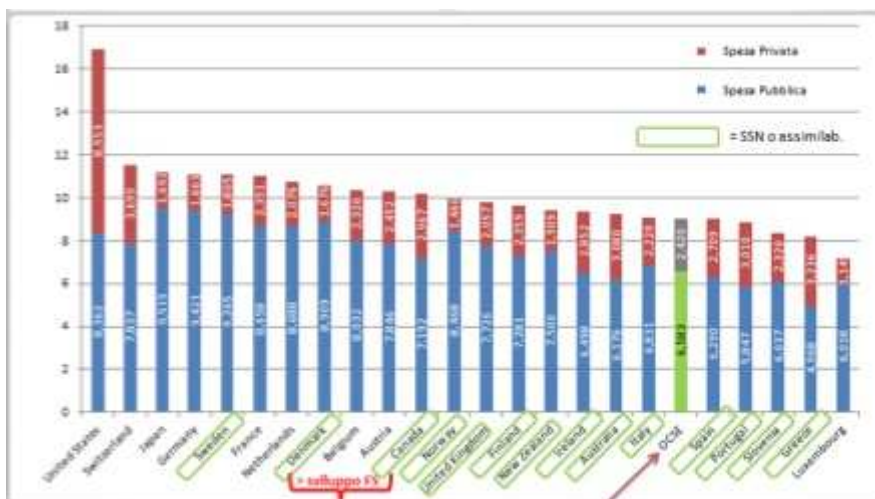
I Fondi diventano induttori di prestazioni

Questo è un punto fondamentale, anche se la consapevolezza in proposito è del tutto carente. Per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS possono tendere, come gli erogatori pagati a prestazione e come molti produttori di tecnologie mediche, a indurre prestazioni non necessarie, che sono comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro. Ciò include il business dell'offerta di "prevenzione medica" non validata, fonte di disease mongering per eccellenza ("visite specialistiche periodiche" non mirate né richieste dal MMG, "screening" opportunistici non validati, check-up, batterie di test di laboratorio, di imaging, che inducono a loro volta cascate di ulteriori accertamenti, ...). Finiscono di fatto per essere una nuova categoria di induttori, oltre a quelle strutturali dei produttori di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie, e degli erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione. Una prova indiretta del verosimile ruolo di induzione di prestazioni (e spesa) dei FS si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite in PPP\$ dei paesi di Europa occidentale e Nord America (OECD 2015, Health Expenditure).

Come spesa sanitaria totale

- i paesi con SSN (o Modelli assimilabili) hanno spesa in media minore
- quelli con Sistemi cosiddetti Assicurativi (mutualistici no profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA) hanno maggior presenza di FS e una spesa mediamente maggiore

(Fig. 1 - sono stati tagliati i Paesi della parte destra del grafico, meno abbienti e che qualcuno può considerare meno confrontabili)

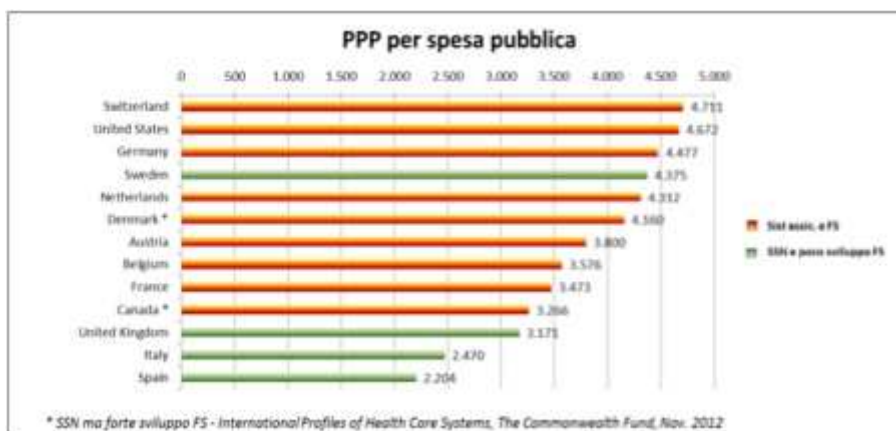


Lo stesso si può dire per la spesa sanitaria espressa come percentuale del PIL.

Che i Paesi ricchi di FS abbiano spesa sanitaria maggiore, sia in % del PIL, sia come spesa totale, non stupisce (o almeno non dovrebbe stupire), perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e dunque per aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dare in tal modo "sollevio" alla spesa sanitaria pubblica (NB: in realtà l'obiettivo non esplicitato di produttori ed erogatori pare piuttosto di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value, in quanto per

entrambe le categorie tale riduzione – stante l'attuale modello di remunerazione degli attori in Sanità - significherebbe perdita dei ricavi connessi).

Può sembrare invece paradossale che i paesi con sistemi assicurativi e più FS, in cui oltretutto (salvo che negli USA) prevalgono casse mutue/Fondi non profit, abbiano una spesa sanitaria pubblica in media maggiore dei paesi con SSN e con meno FS (Fig. 2)



Si confronti ad es. la spesa sanitaria pubblica pro-capite (OECD Health data 2015):

- di paesi europei con sistemi sanitari assicurativi come Svizzera, Olanda, Austria, Germania, Francia, Belgio, ricchi di FS (International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, Nov 2012): la spesa varia dai 3.473 ai 4.711 PPP\$. Lo stesso vale per la Danimarca, con SSN ma molti FS: 4.160 PPP\$ (e, nel Nord America 4.672 negli USA e 3.266 in Canada, quest'ultimo con sistema pubblico ma molti FS)
- rispetto a paesi come UK e Spagna con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come l'Italia, che hanno meno FS. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente 3.171, 2.204 e 2.470 PPP\$
- Fa eccezione la Svezia, con SSN, pochi FS ma alta spesa pubblica: 4.375 PPP\$ (ma ha spesa sanitaria quasi solo pubblica)

Dunque i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai loro sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica.

L'apparente paradosso si può spiegare con l'induzione di prestazioni di low value cui i FS nel complesso concorrono, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo.

*[Un esempio tra 1000 possibili: un ginecologo cui conviene, per libera professione e contratto con FS, fare alle donne Pap-test, pagato a tariffa, non triennale ma annuale: **a)** «si farà piacere» Linee Guida che giustificano un Pap-test annuale; **b)** per questione di rispetto di sé, cercherà di tenere / trascinare il più possibile tale prassi anche nell'Azienda sanitaria da cui dipende].*

Che dire infine della spesa out of pocket?

Un argomento ricorrente dei fautori di FS e Assicurazioni è che la spesa out of pocket italiana è più alta della media europea, e che così i cittadini italiani perderebbero i "risparmi" derivanti dalla sua "intermediazione" (da parte di FS e Assicurazioni).

L'argomento è singolare: perché mai consentire a nuovi commensali di sedersi al desco della Sanità dovrebbe comportare risparmi per i cittadini-assistiti e gli attori oggi presenti nel SSN? Si dice che i nuovi (e frammentati!) acquirenti riuscirebbero a "comprare" prestazioni a miglior prezzo (rispetto ai cittadini e alla possibile entrata in campo del SSN, nel ruolo auspicato dal Direttore Fassari), grazie alla massa critica (RBM Salute).

Ma ciò sarebbe illusorio per almeno due motivi:

- a) se tutti gli erogatori che oggi vendono direttamente prestazioni ai cittadini in libera professione fossero coinvolti dagli intermediari, con lo stesso volume di prestazioni oggi erogate, perché dovrebbero accettare di farle pagare di meno? È evidente che accetterebbero una riduzione dei prezzi

unitari solo a fronte di un aumento del volume di prestazioni complessive, che consentisse loro almeno di mantenere gli attuali ricavi. E gli erogatori eventualmente esclusi dagli accordi con i nuovi intermediari rinuncerebbero senza reagire alla perdita di ricavi? È più verosimile che cercherebbero di indurre qualche nuovo bisogno, per mantenere/recuperare la propria attività privata.

- b) gli stessi FS, per i motivi illustrati al punto 4) cercherebbero di indurre anche nuovi bisogni e prestazioni. Il risultato finale è che il prezzo unitario delle prestazioni potrebbe scendere, ma il loro volume finale e costo complessivo per la spesa pubblica e privata tenderebbe a salire. Dato che, poi, le prestazioni efficaci e costo-efficaci dovrebbero rientrare nell'offerta pubblica del SSN, il comparto dei FS avrebbe alte probabilità di essere gonfiato di prestazioni di low-value, e l'esame del portafoglio di molti FS mostra che già oggi ciò accade in misura consistente.

Conclusioni

Per come sono oggi in genere concepiti, i FS sono fonte di:

- 1) iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito di tutti gli altri contribuenti
- 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/tra-sferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma anche prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire (ma non osa scoraggiare apertamente)
- 3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale
- 4) lungi dal dare sollievo, in base ai dati disponibili rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN...
- 4') ... anche perché, con la crescente offerta di prestazioni sostitutive, preludono a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno (con più costi / meno risorse e protezione per chi resta).

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma si ritiene che:

- Stato, Regioni e ASL (o assimilabili) non dovrebbero incentivare iniquità o consumismo, e dunque ci attendiamo che al deciso rifiuto del ritorno alle Mutue, espresso da Gelli, De Biasi e Lenzi/Sacchi/Piazzoni, segua la correzione normativa, con eliminazione degli incentivi fiscali per le componenti non strettamente integrative delle prestazioni offerte dai FS. Anziché procedere con i tagli al FSN per finanziare con denaro pubblico Fondi sostitutivi, ci pare assai più razionale impiegare tali finanziamenti per non lasciar declinare il nostro SSN, che tutti dichiarano di voler difendere!
- se Stato, Regioni e ASL entrano nella gestione di FIS (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative, e in questo sposiamo in pieno la proposta del Direttore di QS), dovrebbero limitarsi a prestazioni davvero integrative, di cui una seria valutazione di merito effettuata da esperti per conto del SSN confermi l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/non ancora accolte nei LEA
- Stato, Regioni e ASL dovrebbero infine promuovere educazione sanitaria valida e indipendente da interessi commerciali ed empowerment + supporti/benefit per render facili le scelte salutari

Nota finale

Ferme restando le nostre valutazioni sul ruolo dei Fondi Sanitari e delle Assicurazioni, in una proposta ricorrente rileviamo una contraddizione:

- da un lato si invoca un molto condivisibile disinvestimento da interventi sanitari sovrautilizzati di low value (definiti inefficaci, rischiosi, inappropriati) per riallocare risorse in investimenti di high value (efficaci, sicuri, appropriati) che siano sottoutilizzati
- dall'altro di riservare interventi di low value "futili" (ancorché non "negativi") alla spesa privata, campo d'azione della sanità integrativa

Riteniamo che i FS cosiddetti integrativi, come non si sono accontentati di offrire solo assistenza odontoiatrica e domiciliare (forse le uniche prestazioni davvero integrative e potenzialmente efficaci), così non accetteranno passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che con tale etichetta non troverebbero molti acquirenti. Invece sono e saranno infaticabili nel proclamare il value

del più ampio portafoglio della propria offerta (ne va della loro possibilità di sopravvivere e prosperare), contrastando mediaticamente e con azioni di lobbying coloro che vorrebbero sminuire il value delle prestazioni che offrono, dando a intendere che costoro lo facciano “solo per questione di costi”.

In tal modo le prestazioni senza valore continueranno a essere praticate, promosse, e a consumare risorse di privati misinformati e della collettività, tramite gli sgravi fiscali, ma anche attraverso l'aumento della stessa spesa sanitaria pubblica, per i meccanismi prima sinteticamente descritti e come mostrano i dati dei confronti internazionali. Senza contare la possibile iatrogenesi di interventi futili ma non sempre innocui a lungo termine.

Per Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute:

Alberto Donzelli, Alessandro Battaglia, Franco Berrino, Alessandro Camerotto, Gianfranco Domenighetti, Giuseppe Fattori, Paolo Longoni, Andrea Mangiagalli, Giulio Mariani, Luca Mascitelli, Alessandro Nobili, Alberto Nova, Gianfranco Porcile, Luisa Ronchi, Monica Sutti, Vincenza Truppo

Vittorio Caimi

Presidente CSERMeG, a nome del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale

Ernesto Mola

Presidente WONCA Italia, Coordinamento Italiano Società Scientifiche aderenti a WONCA

Piorgiorgio Duca

Presidente di Medicina Democratica

Adriano Cattaneo

a nome del Gruppo NoGrazie

Roberto Romizi

Presidente di ISDE Italia (Associazione Medici per l'Ambiente)

Aldo Gazzetti

Studio della materia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stiamo tornando alle mutue? Secondo me no

Alcuni lettori mi hanno sollecitato a dire la mia sulle due forti prese di posizione di Ivan Cavicchi e Daniela Francese che hanno parlato del rischio di un ritorno alle mutue in Italia con conseguente smantellamento del Ssn, del quale l'ex premier Renzi sarebbe uno degli artefici. Ecco ciò che penso e perché ritengo che questo rischio non ci sia

La tesi di Ivan Cavicchi e Daniela Francese espressa in due loro articoli su QS è che, con un percorso più o meno accidentato ma comunque apparentemente inarrestabile (iniziato a fine 2000 con il primo decreto sulla mutualità integrativa a firma del ministro della Salute Livia Turco poi ripreso dal ministro del Welfare Sacconi qualche anno dopo), il nostro Paese viaggia verso un ritorno alle mutue che avevamo abbandonato con la legge di riforma del 1978.

Sia Cavicchi che Francese, (e oggi anche dall'onorevole Nicchi dei Democratici e Progressisti) poi, attribuiscono in particolare al Governo Renzi una chiara volontà in tal senso. Una volontà che, tutti e tre, sostengono sia confermata e rilanciata dalla mozione congressuale che sostiene la candidatura di Renzi alla segreteria del PD.

Partiamo da qui. In tutta la Mozione Renzi, a dire il vero, la parola mutue o mutualità non c'è. Mai citata nemmeno una volta.

L'unico riferimento indiretto lo possiamo trovare nel capitolo dedicato al welfare che abbiamo ripreso integralmente sul nostro giornale qualche giorno fa e dove si richiamano gli interventi del Governo Renzi (finanziarie 2016 e 2017) in materia di welfare aziendale, con riferimento agli asili nido.

Per parlare di un documento che sancirebbe il ritorno alle mutue mi sembra un po' poco.

Tanto più che in un altro passaggio della stessa mozione in riferimento al nostro welfare leggiamo una frase che, se le parole hanno un senso, sembrerebbe addirittura stroncare qualsiasi ipotesi di welfare parallelo a quello pubblico: "... ripensare il welfare italiano, fare una scelta contro la categorialità e a favore dell'universalismo".

Ma lasciamo perdere la mozione, forse letta da Cavicchi e Francese con una capacità di analisi in controluce in me evidentemente carente, e andiamo alla domanda vera, Renzi o non Renzi: stiamo andando verso un ritorno alle mutue sanitarie?

Se per mutue sanitarie intendiamo le diverse forme di sanità integrativa esistenti (alcune da sempre) e del loro auspicato (da molti) potenziamento la risposta è sì.

Ma in questo caso non possiamo parlare di ritorno alle mutue ma semmai dell'idea (di destra, di centro, di sinistra e di nessun colore politico) di diffonderne di più le coperture, partendo dall'assunto che, se gli italiani ogni anno spendono circa 25/30 miliardi di euro per acquistare servizi e prestazioni sanitarie al di fuori del Ssn, esiste un potenziale "mercato" sanitario privato che potrebbe essere meglio regolamentato e indirizzato.

Possiamo escludere che qualcuno possa invece aspirare a un vero e proprio riassetto della nostra sanità in chiave mutualistica? Ovvio che no. L'idea che la riforma del '78 con il suo "carrozzone" del Ssn sia sbagliata e troppo costosa c'è sempre stata, ma, ne sono convinto, era e resta minoritaria.

Chi parla sempre più spesso di "terzo pilastro" intendendo con ciò il consolidamento della mutualità integrativa (magari aspirando ad ampliarne lo spettro di intervento rispetto a ciò che viene offerto oggi) non è a mio avviso il fautore di un "ritorno alle mutue" senza un Ssn ma è semmai mosso da un interesse economico diretto (le assicurazioni) o indiretto (datori di lavoro e sindacati).

In questo periodo di vacche magre per l'economia, sia gli uni che gli altri (con il Governo a fare da potenziale arbitro normativo) vedono nella mutualità integrativa sia un potenziale motore economico-finanziario in grado di organizzare ingenti flussi di denaro (che comunque sono spesi dagli italiani

anche se in maggioranza in forma individuale e non mutuata da intermediari assicurativi), sia per ridefinire logiche contrattuali oggi sempre più limitate nel loro spettro di incentivazioni economiche tradizionali.

Il tutto per offrire forme di assistenza integrativa (anche nel senso del salario) ai confini tra welfare (non autosufficienza per esempio) o sanitaria nel senso più stretto.

Il mio parere è che se tale movimento di opinione, con le sue lobbying private e sociali al seguito, resta circoscritto a questa progettualità non c'è nulla di male e il Ssn non corre rischi.

Certo se il “terzo pilastro” dovesse diventare invece un Cavallo di Troia per smantellare l'idea stessa di un sistema universalistico basato sulla fiscalità generale (come è tutt'ora in nostro Ssn) avrei molto da dire.

Ma oggi così non è. Semmai ciò che ritengo auspicabile è una scesa in campo delle Regioni quali gestori del Ssn che potrebbero/dovrebbero farsi protagonisti di un'opzione finora poco discussa: quella della mutualità integrativa pubblica con tariffe calmierate e competitive, per offrire ai propri assistiti, già oggi anche paganti *out of pocket*, un range di servizi socio sanitari garantiti ed erogati sotto la vigilanza e la responsabilità pubblica.

Cesare Fassari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gelli (Pd): “Ma quale ritorno alle mutue! L'obiettivo è garantire la futura sostenibilità del Ssn”

Gentile direttore,

ho letto l'intervento del Prof. Cavicchi su *Quotidiano Sanità* nel quale si preannunciano scenari nefasti che porteranno, a breve, alla fine del Servizio sanitario nazionale così come lo conosciamo. Ho molto rispetto per la passione con la quale Cavicchi difende il nostro servizio sanitario, ciononostante, non posso non dissentire sulle tesi che un po' troppo frettolosamente attribuiscono ai Governi italiani, ed in particolare al PD, la volontà di tornare ad un sistema mutualistico. Questa volontà, in realtà, non c'è mai stata. E, infatti, come scritto ieri in un suo articolo, se si legge con più attenzione la 'mozione Renzi', si troverà un passaggio nel quale senza tanti giri di parole si dice sì di ripensare il welfare italiano, ma di farlo attraverso una scelta che vada “contro la categorialità e a favore dell'universalismo”. Le intenzioni mi sembrano evidenti. E penso, anche per il ruolo che ricopro attualmente in Parlamento, di essere nelle condizioni di poter interpretare il pensiero di Renzi sulla sanità in maniera più consona rispetto ad altri.

Ma non bastano certo queste 'dichiarazioni di intenti' contenute nella mozione a spiegare come per il nostro partito non ci sia niente di più lontano da una volontà di ricorrere a forme di “anti-universalismo”, come scrive Cavicchi nel suo articolo. Basti dire che, proprio con Renzi premier, il Governo è tornato ad investire nel settore: l'aumento costante del Fondo sanitario nazionale non può non esser visto come un segnale di inversione di tendenza rispetto agli oltre 30 mld di tagli registrati negli anni precedenti.

Stesso discorso possiamo poi fare per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza appena pubblicati in Gazzetta Ufficiale con i quali vengono aggiornate ed allargate - non certo ristrette - attività, servizi e prestazioni rese ai cittadini dal Ssn. Senza poi dilungarmi troppo, ricorderei anche le misure in favore della non autosufficienza, quelle a contrasto della povertà, la riforma del terzo settore, nonché la prima legge nazionale sull'autismo. Il fil rouge di tutti questi interventi appare evidente: allargare la platea dei servizi e della presa in carico da parte dello Stato, e non certo smantellare il nostro sistema di welfare in favore di presunti interessi privati.

Discorso diverso è quello riguardante i cosiddetti fondi integrativi. Oggi siamo già di fronte ad un'ingente mole di spesa 'out of pocket', del tutto al di fuori da ogni logica sistemica che potrebbe permettere l'avvio di un Secondo Pilastro Sanitario, da intendersi rigorosamente non come un benefit per pochi o uno strumento attraverso il quale il quale promuovere il ricorso alle cure private, ma come un sistema di finanziamento aggiuntivo con il quale “intermediare” la spesa sanitaria rimasta a carico delle persone. Affinché il sistema rimanga sostenibile e la qualità delle cure garantite non si riduca pur a fronte dell'aumento dei costi della sanità, si dovrà valutare quindi una diversificazione delle fonti di finanziamento attraverso l'intermediazione della spesa sanitaria già oggi pagata di “tasca propria” dai cittadini da parte di un Secondo Pilastro Sanitario diffuso. Argomento, questo, già avviato dai tempi della riforma Bindi. Costruendo, infatti, un sistema di Sanità Integrativa aperto a tutti, si potrebbe garantire un risparmio a ciascun cittadino dei costi che già oggi sostiene di tasca propria per curarsi privatamente. L'importante è mettere in chiaro un concetto di base: non si tratta di scardinare il nostro Servizio Sanitario Nazionale ma, al contrario, di assicurarne la sopravvivenza nel futuro attraverso una riorganizzazione che consenta di riarticolare le fonti di finanziamento. Il fine di tutto questo è la salvaguardia presente, ma soprattutto futura dell'universalismo del sistema, non il suo superamento.

Federico Gelli

Responsabile sanità PD Commissione Affari Sociali della Camera

“Noi per le mutue? Ma non scherziamo, il PD è per la sanità pubblica”. Biotestamento? “Se la Camera lo approva entro i primi di maggio ce la possiamo fare”.

A ormai meno di un anno dalla fine naturale della legislatura abbiamo incontrato la presidente della Commissione Sanità di Palazzo Madama per fare il punto di questi ultimi mesi di lavoro per il Parlamento. Ddl Lorenzin, ticket, Rems, aborto: molti i temi sui quali l'esponente Dem ci ha risposto senza troppi giri di parole. Ma con lei abbiamo parlato anche di Bersani e della sua apertura ai 5 Stelle e di cosa si aspetta dal prossimo congresso del PD

“Ma quali mutue! Davvero, non scherziamo”. Smentita secca e senza appello quella della presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi alla tesi, lanciata anche da queste colonne da Cavicchi, Francese e Nicchi, di un rischio di ritorno alle mutue sanitarie nascosto dietro la mozione congressuale per la candidatura di Renzi alla segreteria del PD.

Come non ci sta al leitmotiv di un governo (quello del PD di Renzi, ma anche l'attuale) che sulla sanità non investirebbe: “Devono parlare i fatti. E i fatti ci dicono che in questi ultimi anni abbiamo invertito la china dei tagli alla sanità. Ora in sanità ci sono più risorse. Punto. Non basta? E' ovvio, per certi versi non basta mai, ma in queste condizioni economiche quanto fatto negli ultimi tre anni per il fondo sanitario è straordinario”.

De Biasi, lo si capisce già da queste prime battute, appoggia la candidatura di Matteo Renzi al prossimo Congresso dei Dem ed è una scelta convinta “al di là dello stile, ho sempre guardato alla sostanza e Renzi è ancora una grande opportunità per questo Paese”.

Ma in questa intervista dalla sua casa milanese la senatrice lancia anche un monito ai duellanti per la segreteria Dem: “Vorrei ricordassero, tutti e tre, che siamo comunque nello stesso partito e sono molte di più le cose che ci uniscono che quelle che ci dividono”.

Per esempio, presidente De Biasi?

Per esempio sanità, scuola, lotta alla povertà e immigrazione. Quattro temi centrali sui quali sono straconvinta che tra Renzi, Orlando ed Emiliano le differenze non esistono se non forse nei toni e nelle sfumature.

Ma forse è proprio su toni e sfumature che la battaglia sembra tutt'altro che tiepida...

Il problema è che ho l'impressione, come le dicevo, che queste primarie congressuali si stiano giocando più sullo stile dei candidati che sulla sostanza dei temi e delle politiche. Personalmente sono poco interessata ai caratteri e ai profili personali. Nella sostanza il PD resta un grande partito con idee chiare e condivise da tutti su questioni dirimenti. Non dimentichiamolo mai.

Vedremo. Ma torniamo alla sanità e alle critiche che sono venute anche da una sua ormai ex compagna di partito, la senatrice Dirindin che su questo giornale ha indicato le politiche sanitarie di Renzi tra le cause della sua scelta di uscire dal PD.

Nerina ha fatto la sua scelta, che ovviamente rispetto. Devo ricordare, per correttezza, che le sue critiche sono andate alle politiche degli ultimi governi e non solo al governo Renzi, e che in qualche modo le aveva sempre espresse anche nel passato e prima della scissione. Ma io sono abituata a ragionare sui fatti e i fatti, glielo ripeto, sono che con il Governo Renzi la sanità pubblica ha avuto, anno dopo anno, più risorse dell'anno precedente, che con quello stesso governo abbiamo dato vita a un finanziamento straordinario per i farmaci innovativi, prima per l'epatite C e poi anche per il cancro, abbiamo rinnovato i Lea dopo più di 15 anni e detto la parola fine ai tagli lineari degli anni di Tremonti/Monti. Non basta? Non basta mai, è ovvio ma vorrei che, se si deve parlare di quale sanità vogliamo per il futuro, si inizi

finalmente a concentrarsi sulle vere sfide che ci attendono, dall'innovazione farmacologica e tecnologica alla capacità di rispondere ai nuovi bisogni di assistenza.

E il PD di Renzi lo sta facendo?

Vorrei, non dico si apprezzasse ma quanto meno notasse, che nella mozione congressuale per Renzi abbiamo inserito a chiare lettere tra le priorità della prossima legislatura proprio quella dell'investimento nella sanità pubblica, nell'innovazione, nell'assistenza e nel personale. Altro che mutue, come scrive qualcuno su *Quotidiano Sanità!*

Bersani sembra aprire a una possibile alleanza futura con i 5 Stelle, che ne pensa? E Lei come ha lavorato con i pentastellati in questi quattro anni in Commissione?

L'uscita di Bersani onestamente non la comprendo e non la condivido. Per quanto riguarda il lavoro in Commissione devo rilevare che su grandi temi abbiamo lavorato bene insieme. Cito tra tutti l'esempio degli screening neonatali, una proposta di legge nata dai 5 Stelle che il PD non ha fatto fatica ad appoggiare, anzi. Ma quello che noto, restando alla loro visione della sanità, è che forse hanno ancora bisogno di sgombrare il campo al loro interno da grosse ambiguità su temi molto delicati, come le vaccinazioni ad esempio. Su un tema come questo non si può ondeggiare dando la sponda a posizioni antivaccino inaccettabili e pericolosissime. Come stiamo vedendo dai dati sul morbillo, solo per citare un esempio.

Sul Biotestamento, invece, la posizione dei 5 Stelle appare salda al fianco di quella espressa del PD. Pensa che la legge ce la farà a vedere la luce in questa legislatura considerando che deve essere ancora approvata dalla Camera e poi passare al vaglio del Senato e che manca meno di un anno alle elezioni?

Se la Camera l'approva entro i primi di maggio ce la possiamo ancora fare. Se si supera maggio la vedo invece molto difficile, visti i tempi. Ma spero veramente che ce la si possa fare, perché siamo di fronte a una legge mite, giusta ed equilibrata che il paese attende da anni e che sarebbe molto grave se, ancora una volta, non dovesse vedere la luce per colpa di veti incrociati o calcoli politici di varia natura. Inaccettabili di fronte a temi come il fine vita e il diritto ad essere assistiti secondo le proprie volontà.

Presidente c'è un'altra legge in stand by in questa fine legislatura che riguarda la sanità. Mi riferisco alla riforma degli ordini e delle sperimentazioni cliniche, il cosiddetto "Ddl Lorenzin". Voi l'avete approvato un anno fa, da allora è fermo alla Camera. Che ne pensa?

Ho parlato proprio pochi giorni fa con il presidente della Affari Sociali Marazziti e da lui ho avuto precise assicurazioni che la legge andrà avanti. Gli credo e spero che l'esame della Camera segua il filo del ragionamento fatto dal Senato, quando abbiamo deciso di operare in una prospettiva di evoluzione delle professioni sanitarie, del lavoro di équipe, senza steccati e pregiudizi. Con l'obiettivo di avere professionisti preparati e certificati e lottare con forza l'abusivismo, a tutto vantaggio dei cittadini, oltre che degli stessi professionisti.

Sulla sua pagina facebook ho visto che ha linkato un post dove si raccontava di un suo incontro non proprio amichevole con la senatrice Mussini, quella dell'emendamento per ampliare le indicazioni al ricovero nelle nuove Rems a tutti i soggetti con disturbi mentali ora residenti nelle carceri anche se in attesa di giudizio. Ma cosa è successo?

La vicenda è nota. Ma vale la pena riassumerla brevemente perché in gioco c'è la vita di molte persone in carcere e la stessa filosofia che ha portato l'Italia a scegliere di chiudere gli Ospedali psichiatrici giudiziari compiendo una scelta di civiltà e di diritto. Con un emendamento al "ddl Giustizia", la senatrice Mussini ha proposto per l'appunto che le Rems ospitassero tutta la popolazione carceraria con disturbi mentali, senza distinzione tra condannati e in attesa di giudizio, mentre la legge sulle Rems sappiamo prevede che vi siano ricoverati i soli detenuti con disturbi mentali oggetto di una condanna definitiva. La ratio di quell'emendamento, contro il quale il PD si è schierato subito, parte dalla constatazione, vera, che in molte carceri non ci sono le condizioni per assistere quelle persone. Ma allora è lì che si deve intervenire, non ampliando la sfera di competenza delle Rems che a questo punto rischiano di diventare dei nuovi Opg.

Ma cosa è successo con la Mussini?

Un incontro sgradevole che voglio archiviare nel clima generale di imbarbarimento della dialettica e dei rapporti politici. Mi spiace, soprattutto per le istituzioni che in ogni caso la senatrice Mussini rappresenta. Ma dobbiamo farci i conti.

E c'è una cosa sulla quale i conti e le partite in sospeso sembrano non finire mai. La legge 194 del 1978 che, con puntualità, ogni tot anni sembra venire rimessa in discussione nella sua effettiva applicazione. Mi riferisco alla querelle mai sopita sull'obiezione di coscienza ormai a livelli altissimi. Ha fatto bene il Lazio a dare il via libera de facto a concorsi riservati a ginecologi non obiettori?

Capovolgo la questione. Dovremmo chiederci se è giusto che un ginecologo non obiettore oggi si debba trovare nella condizione di fare solo aborti perché nel suo ospedale è da solo nella sua scelta di applicare quanto previsto dalla legge 194. Penso di no. Come penso che le assicurazioni statistiche di Lorenzin, "gli aborti calano e quindi i non obiettori sono sufficienti", non tengano se prendiamo in esame le singole realtà, dove magari di non obiettore non ce n'è neanche uno! Il problema va affrontato.

Come ha fatto il Lazio?

Scelta forte ma giustificata dalla necessità e dall'obbligo, non dimentichiamolo, di applicare una legge nazionale che prevede il diritto della donna a scegliere di se stessa. Anche nella maternità. E forse il problema oggi è ancora qui: a molti dà ancora fastidio che siano le donne a scegliere del proprio corpo. Vediamo cosa sta succedendo in America con Trump, dopo l'Obamacare il prossimo obiettivo è cancellare il diritto all'aborto. Soffia un brutto vento da quelle parti e gli spifferi arrivano anche da noi!

Un'ultima questione. I ticket: cosa ne pensa dell'idea di Lorenzin di una loro possibile cancellazione?

Come dire di no. La sanità in teoria è già finanziata dai cittadini con la fiscalità generale, perché far pagare quella che è diventata quasi sempre solo un'odiosa tassa sulla malattia? Ma il punto è come farlo. Ci sono le risorse? E soprattutto siamo sicuri che le Regioni siano pronte a gestire la cosa? Non vorrei che, ammesso che si trovino le risorse per farlo, quei soldi in più non siano alla fine utilizzati per coprire i mancati incassi del ticket ma per fare altre cose. Con Regioni che vanno in una direzione e altre in tutt'altra. Il vero grande problema del ticket oggi sta infatti proprio lì, nella totale difformità di applicazione della compartecipazione. Penso che la cosa da fare sia dare seguito a quanto previsto nel Patto per la Salute del 2014 che prevedeva una profonda revisione del sistema, a partire dalle esenzioni. Sono passati tre anni e non si è fatto nulla, ora leggiamo che Governo e Regioni hanno deciso di riprendere in mano la cosa. Voglio essere fiduciosa che la quadra si possa trovare. Ma attenti a non fare propaganda elettorale su un tema così delicato senza avere carte certe da giocare.

Emilia De Biasi

Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Mozione Renzi per le mutue? Pura invenzione, basta leggerla

Gentile Direttore,

abbiamo letto con interesse alcuni interventi ospitati dalla sua rubrica in merito al programma su welfare e salute delineato dalla mozione congressuale a sostegno della candidatura alla Segreteria del Partito Democratico di Matteo Renzi.

Pur nel rispetto delle diverse opinioni, francamente ci domandiamo se la mozione sia stata effettivamente letta (prima che compresa) nelle parti che trattano il tema specifico della salute.

Prima di entrare nel merito, una precisazione di metodo. La mozione è il frutto di una tre giorni di lavori partecipata e appassionata, la sintesi dei moltissimi interventi e contributi raccolti, molti dei quali provenienti da addetti ai lavori.

Nessuno dei contributi e non un minuto delle tante ore di discussione ha trattato il tema delle mutue, né di un qualsivoglia incentivo per un ritorno ad un sistema mutualistico.

E il testo della mozione è molto chiaro a riguardo: fare una scelta contro la categorialità a favore dell'universalismo, prendersi cura della persona tornando ad investire nelle politiche pubbliche della salute, in primis nelle donne e negli uomini che nella sanità lavorano e nella relazione che questi hanno con i cittadini. Parole molto chiare e nette.

Quello che la mozione pone come orizzonte programmatico è la necessità di un investimento concreto sul personale, sul ricambio generazionale, sulle nuove tecnologie, per delineare un sistema sanitario che sappia non solo rispondere a tutti i bisogni dei cittadini, ma possa rappresentare anche il motore della crescita.

Non ci si sottrae invece alla necessità che alle nuove sfide della cronicità e della non autosufficienza si possa rispondere, anche, e non solo, con la crescita delle tutele previste nei contratti di lavoro, come richiesto peraltro dagli stessi lavoratori. Nessuna limitazione o compressione ma diritti ulteriori, per venire incontro in maniera sempre più efficace alle esigenze di protezione di ogni singolo individuo.

Sperando di aver chiarito lo spirito degli interventi che si intendono realizzare e di aver fugato preoccupazioni e allarmismi ingiustificati, rimaniamo in ogni caso disponibili per un confronto preciso e puntuale sul contenuto della mozione e sulle libere interpretazioni dello stesso, nella convinzione non celino alcun intento strumentale.

On. Donata Lenzi

Capogruppo PD alla Commissione Affari Sociali della Camera

Stefano Sacchi

Presidente Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP)

On. Ileana Piazzoni

Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera (PD)

I tre autori sono i Coordinatori del workshop "Welfare e Salute" Lingotto '17

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Arrivano le mutue. Quel patto scellerato tra governo, speculazione e sindacato

Oggi dopo che i decreti Turco e Sacconi (2008/2009) avevano preparato il terreno, siamo praticamente al break point, cioè è iniziato il cambio di sistema. Come mai nessuno ne parla? Possibile mai che i difensori della sanità pubblica si siano distratti al punto da farsela fare praticamente sotto il naso?

Ad essere sincero dopo la mozione che Renzi ha presentato per candidarsi alle prossime primarie del PD (QS del 17 marzo 2017) mi aspettavo, dalla sanità, qualche commento.

Secondo me, con questa mozione, per la prima volta, pur con linguaggi un po' paludati, Renzi, sulla sanità, esce allo scoperto e ci fa capire cosa abbia effettivamente in testa di fare.

La mia sorpresa, è stata accresciuta anche dal silenzio che sto riscontrando verso un tema che considero non "cruciale" ma "esiziale" per il futuro della sanità pubblica e che è la questione del "welfare aziendale" vale a dire la possibilità per le imprese di detrarre dal costo del lavoro gli oneri per le mutue integrative.

Nei confronti delle mutue mi pare che in molti stiano tirando i remi in barca. "Non minus interdum oratorium esse tacere quam dicere" dicevano i latini ("non è meno eloquente il tacere del parlare").

Allora a beneficio di tutti vorrei informarvi intanto che è cominciata in questi mesi la vera svolta mutualistica e che ciò è potuto accadere:

- non con uno schiocco delle dita ma grazie a un lungo processo sotterraneo
- grazie ad un *pactum sceleris* tra governo, speculazione finanziaria e sindacato

Come è andata ve lo spiego subito:

- si è partiti con un accordo quadro sul pubblico impiego con il quale il governo Renzi si è impegnato "a sostenere la graduale introduzione... di forme di **welfare contrattuale** con misure che integrano e implementano le prestazioni pubbliche, di fiscalità di vantaggio" (30 novembre 2016)
- **poi il governo Renzi ha provveduto a un decreto legislativo** sulla defiscalizzazione degli oneri per l'assistenza integrativa (aprile 2016)
- quindi l'Agenzie delle entrate ha fatto una circolare per la sua attuazione ((n28/E)
- e infine tutto è stato suggellato con un accordo tra Confindustria e Confederazioni (luglio 2016)

Oggi dopo che i decreti Turco e Sacconi (2008/2009) avevano preparato il terreno, siamo praticamente al *break point*, cioè è iniziato il cambio di sistema. Come mai nessuno ne parla? Possibile mai che i difensori della sanità pubblica si siano distratti al punto da farsela fare praticamente sotto il naso?

Ebbene la mozione di Renzi di questi giorni è importante proprio perché è una conferma pubblica di questa strategia. La prima cosa che essa dichiara, a proposito di welfare, è che si tratta di continuare quello che il governo ha fatto fino ad ora quindi di "completare il suo disegno", il che, se si pensa alla sanità ai tagli lineari, al de-finanziamento, e alle mutue, fa venire i brividi.

La seconda cosa che fa la mozione Renzi è promettere piani decennali per la non autosufficienza e i disabili, per il personale, per la formazione, sulla cui necessità ovviamente non c'è discussione, ma sui quali non è chiaro:

- il meccanismo di finanziamento soprattutto se, in ragione della continuità dell'azione di governo, dovesse sussistere il criterio del “costo zero”
- cosa essi vogliono dire in rapporto alla svolta mutualistica
- ma la vera discontinuità culturale prima e politica dopo, della mozione di Renzi, coerente con il *pactum sceleris*, è la riduzione del *diritto alla salute* previsto dall'art. 32 a semplice “protezione” dai rischi della malattia, di chiaro stampo mutualistico. Esattamente come 100 anni fa

Nella mozione si parla esplicitamente di “*diritto alla protezione*”. La sanità torna ad essere mera difesa dalle malattie e la salute mera assenza di malattia. Tutto il riformismo sanitario della seconda metà del '900 è praticamente liquidato. Renzi il “*mutualista*” risolve il problema della sostenibilità rimettendo indietro l'orologio della storia di un secolo. Salute addio.

L'escamotage adottato è lo stesso suggerito in questi anni dai portatori d'acqua del governo, delle mutue e delle assicurazioni come Gimbe, C.r.e.a, Cerm, Censis, la Bocconi:

- si definisce come dice la mozione un “*pavimento di diritti accessibili a tutti*”
- si prevede la possibilità di integrare questi diritti con altri diritti ma questa volta tutti reddito dipendenti

Lo slogan è: “*prendersi cura di ciascuno in base all'effettivo bisogno di protezione*”.

Quindi Renzi finalmente esce allo scoperto:

- l'universalismo dei diritti deve essere minimo
- in questo minimo devono rientrare i più deboli (disabili e non autosufficienti, pensionati, disoccupati)
- tutto il resto va a mutue a fondi integrative e a assicurazioni cioè è welfare aziendale o al terzo settore

Renzi ci ha spiegato il suo pensiero e il ministro Orlando che ci dice sulla sanità? E il presidente Emiliano che ne pensa? E Enrico Rossi il dissidente cosa ci propone? E voi che mi state leggendo che ne pensate? Che facciamo? Lasciamo correre o scendiamo in piazza con i forconi?

Oggi abbiamo toccato il fondo. Il Pd, fino a prova contraria, cioè salvo mozioni diverse, è ormai il partito dell'anti-universalismo, delle mutue e della speculazione finanziaria. Siamo di fronte ad un vero e proprio tradimento storico con il quale si cancella, soprattutto per l'imbecillità di una mediocre classe dirigente, una cultura riformatrice senza precedenti.

Lo dico a tutti, non avremmo dovuto arrivare a questo punto, avremmo potuto prendere altre strade, chi tace non tace per caso, chiunque esso sia e ovunque egli sia collocato, probabilmente non ha la coscienza a posto.

Ivan Cavicchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'inferno dei viventi nella salute 3.0. L'Italia verso le mutue?

Perché, se un sistema basato sulle assicurazioni è più oneroso e discriminante dobbiamo adottarlo? La domanda può sembrare ingenua, ma è piuttosto provocatoria. Ferma restando la convenienza per le compagnie assicuratrici e per chi le possiede, sindacati compresi, perché i cittadini onesti (e qui si comprendono tutti senza distinzione: dai politici ai medici, dagli insegnanti ai bidelli, dagli artigiani agli studenti e così via) tacciono?

“L'inferno dei viventi”, titolava qualche giorno fa un quotidiano parlando della tragica situazione in Grecia, lo prendo in prestito quel titolo per tornare a parlare di salute pubblica. Non dico sanità perché ciò che voglio sottolineare di quel lontano 1978 in cui nacque il Servizio Sanitario Nazionale è il ruolo del concetto di prevenzione, che ha permesso alle generazioni che si sono succedute di crescere in un progressivo stato di migliore salute e non di minore malattia.

Qualora essa fosse sopraggiunta, la persona sarebbe stata presa in carico, indipendentemente dal suo *status*, per l'intero percorso di cura, assistenza, riabilitazione. L'equità era garantita dalla compartecipazione di ciascuno al mantenimento del sistema attraverso una contribuzione direttamente proporzionale al proprio reddito. Chi guadagnava di più, pagava di più, non per se stesso, per una carta platino di una compagnia assicurativa, ma per tutti.

Quel progetto, sappiamo bene, ha conosciuto continui e sempre più incisivi attacchi che si riassumono in politiche miopi, tagli indiscriminati, corruzione, che hanno portato a un progressivo depauperamento del servizio che ha indebolito il sistema. Sentire oggi il bisogno di ricordare parole come prevenzione, equità, diritto alla salute dà la misura della gravità del momento che stiamo vivendo, esasperato dai silenzi di quanti, troppi, potrebbero e dovrebbero intervenire.

Perché, se gli indicatori di salute degli ultimi dieci anni dimostrano che il sistema sanitario in Italia è stato efficace e meno costoso che nella maggior parte dei Paesi occidentali ad alta industrializzazione, lo dobbiamo smantellare?

Perché, se un sistema basato sulle assicurazioni è più oneroso e discriminante dobbiamo adottarlo? La domanda può sembrare ingenua, ma è piuttosto provocatoria. Ferma restando la convenienza per le compagnie assicuratrici e per chi le possiede, sindacati compresi, perché i cittadini onesti (e qui si comprendono tutti senza distinzione: dai politici ai medici, dagli insegnanti ai bidelli, dagli artigiani agli studenti e così via) tacciono?

Perché riusciamo a trovare denaro per gli 80 euro, i 500 euro per gli insegnanti, i 500 euro per i diciottenni – oboli elettorali – e non per un piano di sostegno e sviluppo del sistema salute del nostro Paese?

Perché parliamo di futuro fino alla noia e in tema di salute torniamo al passato, come prevede la mozione che Renzi ha presentato a sostegno della sua candidatura alle primarie?

Ci aspettano le mutue. Ci aspetta la cura (per chi potrà) ma non la prevenzione. Ci aspetta un “universalismo” dei diritti al minimo. Se il problema sono i soldi (ma non è vero perché un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto si vuole che lo sia), sarebbe interessante sapere perché nessuno si fa carico di portare avanti una battaglia affinché tutti si possa detrarre tutto e così – davvero – ricondurre l'evasione fiscale dagli attuali livelli patologici a quelli fisiologici.

In merito, sarebbe interessante ascoltare le risposte di Grillo e Salvini così come di quella parte di Pd che si fa un vanto di aver preso le distanze dalla politica renziana, da Confindustria e dalle lobby finanziarie.

Crediamo, in qualità di mercanti di parole, che per non cedere all'amarezza, contro il silenzio degli onesti bisogna levare l'ira dei giusti. Per dirla con Cavicchi, "lasciamo correre o scendiamo in piazza con i forconi"? Non è più il tempo di parlare. Di parole sulla deriva della tutela della salute ne abbiamo scritte, tutti, a fiumi.

Articoli, libri, convegni. Il punto a cui siamo giunti, senza bisogno di sfere di cristallo, ma con la semplice funzione del ragionamento – capacità, anche questa, in progressiva obsolescenza – era stata ampiamente prevista e doviziosamente illustrata. Gli ultimi buoi stanno uscendo dalla stalla. Che si fa? Almeno per difendere il diritto alla salute si riesce a mettere da parte ciascuno la propria bandiera e ad unirsi tutti in uno strenuo abbraccio del SSN perché sia chiaro alla politica che non molleremo la presa?

Daniela Francese

Giornalista e scrittrice

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il PD e le mutue. Non mi avete convinto, resto della mia idea

Gentile Direttore,

la settimana scorsa il mio articolo sulla mozione Renzi “welfare e salute” (QS 20 marzo 2017) ha suscitato significativi dissensi. La questione del resto è tutt’altro che marginale stiamo parlando non solo del destino della nostra sanità pubblica ma anche della natura politica di un partito, come il PD, cioè il primo partito di governo che con le sue decisioni può fare e disfare.

Mi colpisce la coincidenza tra la nostra discussione e la sconfitta di Trump proprio sul futuro della sanità americana nella quale, rispetto al nostro paese, vedo alcune analogie interessanti da esplorare al punto da chiedermi se oltre all’Obama care al Trump care si possa, a nostra volta, parlare di un Renzi-Care.

Il dissenso

- Per ragioni pratiche vorrei ricordare *i titoli* dei tre articoli che mi hanno contestato: il primo (1) del direttore di quotidiano sanità “*Stiamo tornando alle mutue? Secondo me no*” (Qs 21 marzo)
- il secondo (2) del responsabile della sanità del Pd “*Ma quale ritorno alle mutue! L’obiettivo è garantire la futura sostenibilità*” (QS 22 marzo 2017)
- il terzo (3) di chi al Lingotto 17 ha scritto materialmente la mozione “welfare e salute” “*La mozione Renzi per le mutue? Pura invenzione. Basta leggerla*” (Qs 23 marzo 2017)

I titoli sono molto significativi e in questo caso svolgono una efficace funzione di sintesi:

- essi negano che la mozione di Renzi parli di mutue, dicono che per il Pd non c’è nessuna volontà di tornare alle mutue
- affermano che le mutue che ci sono non mettono in pericolo, l’universalismo il cui valore, sarebbe pienamente ribadito

Al contrario, io sostengo, che vi è un *neo-mutualismo di ritorno* che, per le sue dimensioni e per la sua velocità di crescita, rappresenta una minaccia per l’universalismo. Quanto alla mozione di Renzi “*calma e gesso*” vediamo di comprenderla meglio

La struttura della mozione

Non concordo con (3) una mozione, per essere compresa, non “*basta leggerla*” è necessario interpretarla.

Questo genere di mozione è sempre un problema di esegesi per cui è necessario:

- distinguere la parte nella quale sono dichiarati degli *intenti* (piani decennali, non autosufficienza, assunzione di migliaia di operatori ecc. Un intento per essere credibile deve essere praticabile e per essere praticabile deve specificare i condizionali che lo attuano. Nella mozione questi condizionali sono assenti)
- distinguere la parte nella quale sono dichiarati dei *principi* (ad esempio il valore dell’universalità) e che a parte avere una funzione *retorica* in questo caso hanno anche una funzione *sintetica* nel senso di far coabitare punti di vista diversi (per cui si può scrivere la parola “universalità” per registrare una posizione e scrivere anche il suo contrario per registrare altre posizioni) So per certo che nel Pd il dibattito sulle sanità non è univoco

- individuare il *core* della mozione cioè il suo *nucleo significativo* e questo si può fare solo se si contestualizza l'intera mozione mettendola dentro una fase, dentro una strategia, dentro a delle politiche più vaste dentro le stesse vicende del Pd come partito e come governo

La mozione come ipertesto

Nel momento in cui una mozione viene interpretata in relazione ad un contesto o ad una strategia essa diventa un *ipertesto* che, in quanto tale, va interpretato sempre dentro le connessioni logiche di qualcosa che non è ancora compiuto e che si deve compiere.

Nella mozione la prima cosa che si dice, è “*completare il disegno*” del governo. Essa quindi non è tanto il *pro-jeter* cioè il “*gettare avanti*” ma una *pro-scriptio* cioè “*qualcosa ancora da attuare*”.

A questo punto bisogna uscire dalla mozione e capire cosa è in corso. Quello che è in corso è *nei fatti* non *nelle intenzioni* l'attuazione del “*libro bianco*” del governo Berlusconi (segnatamente del ministro Sacconi) con, l'obiettivo di sostituire il sistema universalistico con un sistema multi-pilastro. Il mezzo principale usato dal governo per raggiungere tale scopo è incentivare la crescita delle mutue attraverso la defiscalizzazione dei suoi costi (legge di stabilità 2016)

Nella mozione, certamente come dice (1) (2) (3) la parola “*mutua*” non compare mai tuttavia essa sancisce e registra un processo di forte incentivazione delle mutue dandogli per la prima volta un apparato concettuale il cui *core* resta quello di un cambio di sistema.

Il “core” della mozione

Quattro sono le cose significative scritte nella mozione:

- 1) il “*diritto alla salute*” è sostituito o, se preferite, è interpretato con il “*diritto alla protezione*”
- 2) è dato un “*pavimento di diritti universali*” (lea) a carico del pubblico
- 3) è data la possibilità di integrarlo con diritti particolari finanziati “*in altro modo*” (*ndr*)
- 4) si tratta di prendersi cura di ciascuno sulla base all'effettivo bisogno di protezione

Il *core* della mozione ruota intorno ad una operazione di “*slittamento semantico*” (il cambiamento non tanto delle parole ma dei loro significati). Detto meglio: i significati di base delle parole cambiano in ragione di nuovi significati contestuali:

- la tutela diventa protezione
- il diritto alla salute diventa diritto alla protezione
- la salute diventa cura, ecc.

Il concetto di “*protezione sociale*” ci riporta alle origini del mutualismo ed appartiene ad un campo semantico tipicamente mutualistico. La riforma sanitaria del 78 non dice che la repubblica “*protegge*” ma dice che “*tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*” mediante il servizio sanitario nazionale e in collaborazione con “*le associazioni di volontariato*” non con le mutue. Nell'art 2 (obiettivi) la riforma elenca ben 16 finalità tra le quali non compare mai la parola protezione.

Protezione e mutue sono la stessa cosa. Ridurre la tutela a protezione ha significativi implicazioni politiche e indica:

- che esiste in modo chiaro una volontà politica del Pd rispetto alla sanità pubblica di cambiare gli assetti del sistema per cui dissento da chi nega l'esistenza di questa volontà (1) (2) (3)
- che la vera operazione non consiste semplicemente nell'instaurare un sistema multi-pilastro ma soprattutto nel cambiare i *pesi* dei vari componenti del welfare e i loro rapporti interni

Dire “*diritto alla protezione*” significa spostare con gli incentivi fiscali la centralità dal welfare state al welfare aziendale e assicurativo.

Il sistema multi-pilastro quale cambio di modello

Il senso storico-politico del neo-mutualismo di ritorno è quello di un cambio di modello.

Se accettiamo la classificazione della sociologia (G. Esping Andersen) che distingue i modelli di stato assistenziale in tre regimi:

- *liberale*
- *conservatore-corporativo*
- *social democratico*

Se concordiamo sul fatto che il senso di marcia verso il quale si sta procedendo è quello del sistema multi-pilastro, allora vuol dire che il Pd si sta accingendo a superare il “*regime social democratico*” cioè il modello “*universalistico*” per il quale i diritti derivano dalla cittadinanza e i servizi sono offerti a tutti i cittadini senza nessuna differenza, per affermare, da una parte, un “*regime liberale*” quindi un modello di welfare “*residuale*” in cui diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno), per affermare, dall'altra parte, un regime “*conservatore-corporativo*” (modello “*particolaristico*” nel quale le tutele dipendono dalla professione esercitata).

Questo è il senso profondo del modello multi-pilastro che ricordo non a caso nasce in un contesto di governo (Berlusconi 2009) ad inclinazione fortemente neoliberista. La questione politica da capire, è perché il Pd, quindi un partito di sinistra per definizione progressista, fa propria una tale linea politica.

Sostenibilità e compatibilità

(1) e (2) sono convinti che si possono fare le mutue e le assicurazioni ma a modello di welfare invariante cioè che “*corporativismo*”, “*individualismo*” e “*universalismo*” siano tra loro non solo compatibili ma addirittura complementari. Essi partono da due presupposti:

- esiste una ingente spesa privata non intermediata dal punto di vista finanziario
- per ragioni di sostenibilità l'unico modo per garantire l'universalità è integrare il servizio pubblico con altre forme di tutele

Credo che si sbagliano per diverse ragioni:

- quelle che (1) e (2) definiscono *mutue integrative* sono a tutti gli effetti *mutue sostitutive* (vedere i nomenclatori e i pacchetti di prestazioni) che agiscono, per evidenti ragioni economiche, in una logica competitiva nei confronti del pubblico. Meno pubblico significa più mercato
- le mutue solo nominalmente “integrative” sono finanziate dallo Stato con evidenti scopi sostitutivi
- la spesa privata non esprime una voglia di privato tout court ma è un indicatore del malfunzionamento del sistema pubblico causato da insistenti politiche di de-finanziamento

Oggi ci troviamo in una situazione paradossale con uno Stato che finanzia allo stesso tempo due sistemi tra loro in concorrenza. Per quale ragione strategica in nome del “*diritto alla protezione*” lo Stato finanzia politiche contro se stesso?

Da ultimo la questione della sostenibilità. Temo che le ragioni di (2) per giustificare la necessità del sistema multi-pilastro siano facilmente falsificabili. Non esiste solo il modo “*compatibilista*” del governo per fare sostenibilità e non necessariamente per fare sostenibilità si devono incentivare le politiche di privatizzazione del sistema. Vi sono altri generi di politiche per la sostenibilità per le quali rimando alla mia proposta di “quarta riforma”.

L'anima del Pd

In conclusione le controdeduzioni che ha ricevuto il mio articolo del 20 marzo per quanto civili e autorevoli, non fuggano ma rinforzano le mie preoccupazioni sul fatto che è in atto *nei fatti* a suon di incentivi fiscali un cambio di sistema.

Si tratta di una preoccupazione non solo mia. Leggo dalla relazione introduttiva al comitato direttivo della Cgil del 10 febbraio 2017 quanto segue: “*dobbiamo concepire il welfare contrattuale come integrativo del welfare universale, come seconda gamba, quindi non possiamo discuterne senza avere in campo una forte iniziativa a difesa del welfare pubblico, dal momento in cui è evidente il processo di riduzione della sua copertura*”.

Il guaio è che siamo di fronte ad una crescita massiccia di un *welfare sostitutivo* il cui finanziamento nel tempo non può che comportare nel contesto economico finanziario dato, nazionale ed europeo, una de-finanziamento significativo di quello pubblico.

Chiudo con un dubbio: come è possibile che evidenze variamente documentate sul fenomeno del neo-mutualismo siano interpretate da gente esperta come (1) (2) (3), in modo così difforme? Come è possibile per costoro non avere un solo dubbio, una sola esitazione fino a rischiare di negare le evidenze stesse?

Fino ad ora ho sempre detto che al Pd è mancato un pensiero veramente riformatore ma questo implicava una critica come se il suo fosse un difetto di elaborazione intellettuale. Comincio a pensare che non sia solo così.

Comincio a pensare come S. Tommaso che l'anima rispetto a quello che si fa sia "*atto primo*" e che le operazioni che si fanno siano "*atti secondi*". Temo che la faccenda della sanità (*atto secondo*) per il Pd sia da ricondurre non ad un difetto di razionalità o alla mediocrità di una classe dirigente ma ad un cambiamento dell'anima (*atto primo*).

Quello che vedo e analizzo non si spiega pensando ad un *partito riformatore* che sbaglia la linea ma si spiega con un *partito contro-riformatore* che per ragioni diverse sta cambiando la propria base di legittimazione e quindi la propria natura politica. Cioè la sua anima.

Ma vediamo di essere pratici e chiediamoci: da questo neo-mutualismo di ritorno chi ci guadagna e chi ci perde? Chi ci guadagna davvero è la grande speculazione finanziaria, il mercato, l'egoismo, il cinismo, gli interessi corporativi, le varie forme di speculazione. Ma chi ci perde? Indovinatolo voi.

Ivan Cavicchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritorno alle mutue? Smentita di Renzi sarebbe importante

Gentile Direttore,

ho letto con vivo interesse il suo articolo sulla problematica sollevata inizialmente dal prof. Cavicchi, che ha espresso timori sul suo Giornale in due occasioni (l'ultima ieri) sull'eventuale "scivolamento" del nostro Servizio Sanitario Nazionale verso un sistema mutualistico con minori garanzie per importanti fasce della popolazione.

Tale pericolo è intravisto nella "Mozione Renzi" per le primarie del Partito Democratico e ritenuto coerente con numerose altre precedenti misure dei governi recentemente succedutisi.

La preoccupazione è stata anche condivisa ed espressa, sempre sul suo eccellente giornale, dalla deputata Mdp Marisa Nicchi dalla giornalista e scrittrice Daniela Francese nonché dal Prof. Ferdinando Terranova, docente di I fascia in Tecnologie per l'Igiene Edilizia ed Ambientale, Sapienza Università di Roma, dal dott. Maurizio Benato già vice presidente del Comitato Centrale della Fnomceo. Se permette aggiungo anche le mie preoccupazioni nonostante le smentite degli On.li Donata Lenzi e Federico Gelli.

Ma lasci prima esprimere la mia soddisfazione per l'importante dibattito che ambito sanitario il giornale da Lei mirabilmente diretto permette a livello nazionale. Raramente questo era accaduto prima e di ciò mi fa piacere rendergliene merito pubblicamente anche se qualche articolo esprime critiche nei miei confronti o dell'Ordine che rappresento. Ma questo, si sa, fa parte del gioco democratico e certo non me ne lamento.

Chi le si rivolge, come Lei sa, è un presidente di Ordine interessato alle ricadute sul Codice di Deontologia Medica che possono esservi in funzione delle decisioni politiche in ambito sanitario da parte del Parlamento e del Governo. Naturalmente anche le opinioni di un grande partito come quello Democratico sono di rilevante interesse soprattutto nella fase di gestazione, formazione, confronto e dibattito. E credo che esprimere costruttive perplessità possa essere di qualche ausilio.

Gent.mo dott. Fassari, premetto che ho letto con grande attenzione il documento del Partito Democratico "Primarie PD del 30 aprile - Avanti Insieme – Documento congressuale a sostegno della candidatura di Matteo Renzi" documento che sbrigativamente viene definito "Mozione Renzi" e mi atterrò brevemente soltanto alla parte concernente i servizi di welfare e sanità.

Naturalmente ho apprezzato tutti vari passaggi sul welfare soprattutto quelli concernenti la non autosufficienza che è vieppiù crescente nel nostro Paese che vanta un invidiabile incremento della vita media con, purtroppo, ricadute sulla popolazione anziana sempre più bisognosa di soccorso.

Alla mia età, dopo oltre quant'anni di attività professionale, ho seguito l'evoluzione del nostro sistema sanitario transitato da quello mutualistico a quello universale solidaristico frutto dell'accordo di tutti i partiti politici nel 1978 quando all'unanimità si è istituito il Servizio Sanitario Nazionale con la legge n. 833.

Una grande conquista sociale al servizio del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

Vi è un passaggio della "Mozione" che ha attirato la mia attenzione, debbo dire, preoccupata. Il passaggio, a pag. 21 del documento, nell'ultimo capoverso del capitolo "Prendersi cura della Persona – Welfare e salute" è questo: "*Le trasformazioni dell'economia portano alla creazione di un pavimento di diritti sociali accessibili a tutti, sui quali si innestano poi diritti ulteriori, costruiti con la contribuzione, individuale o collettiva, cumulabili nel tempo, portabili tra stati occupazionali, trasferibili nelle fasi del ciclo di vita e utilizzabili per vari scopi a richiesta del cittadino (formazione, periodi di sabbatico, periodi di cura).*"

L'impressione che ne traggo è che si sta correndo verso una sanità di serie A e una di serie B quest'ultima rappresentata da *“un pavimento di diritti sociali accessibili a tutti”*.

Ebbene qui, dott. Fassari, mi sorge il dubbio della ricostituzione di un sistema simil-mutualistico in cui la protezione *“ulteriore”* del fortunato **cittadino occupato** lo porterà a vedersi aprire ogni cura *“ulteriore”* (opportunamente differenziata in base ai versamenti effettuati) di cui potrà avere necessità (forse parziale). Lei certo potrà ricordare come le prestazioni mutualistiche fossero condizionate da numerosi fattori e già temo di vedere, quale conseguenza della citata proposta, un lento declino delle cure del *“pavimento”* poiché si rinvierà a queste nuove *“mutue”* che dovranno garantire i *“diritti ulteriori”* (comunque differenziati).

E saranno cure diverse a seconda delle contribuzioni che le *“mutue”* riceveranno dalle diverse aziende. E temo inoltre che anche le cure del *“pavimento”* potranno correre il rischio di contrarsi sempre più rinviando alle cure *“ulteriori”* riservate a chi ha fortunatamente potuto costruire *“con la contribuzione, individuale o collettiva”* *“diritti ulteriori”*. Queste *“mutue”* avranno come termine naturale di riferimento il profitto perché non sono onlus o Fondazioni.

Mi auguro di essere contraddetto da Lei in questa mia visione pessimistica. Naturalmente sarà mia cura valutare anche le proposte che saranno avanzate, in ambito sanitario, dagli altri competitori di Renzi nel Partito Democratico, Emiliano ed Orlando.

Vede dott. Fassari, la possibilità di vedere approvate normative parlamentari del tipo proposto nella Mozione Renzi (se vale la mia pessimistica visione) avranno un forte impatto sul Codice di Deontologia Medica perché porrà i medici di fronte al grave dualismo se ottemperare all'esercizio di una medicina di serie A e di Serie B in funzione di quanto posto a disposizione per ciascuna categoria di *“abbienti”*: ed è qui che nascono le mie serie preoccupazioni.

Mi scusi se Le ho fatto perdere del tempo per questa mia noiosa preoccupazione, ma spero di avere comunque posto un problema al quale Lei vorrà documentare (mi auguro) una smentita alle mie preoccupazioni. Un'altra possibilità sarebbe quella di richiedere alla fonte un piccolo definitivo chiarimento dopo aver visto quali perplessità potrebbero insorgere.

Non ci vorrebbe molto: basterebbe essere assicurati che si rimane in un Servizio Sanitario Nazionale egualitario ed universalistico, (ma vederlo scritto chiaramente nero su bianco), e sul quale non si continueranno a programmare quei tagli piuttosto indiscriminati visti recentemente.

Giancarlo Pizza

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Bologna

© RIPRODUZIONE RISERVATA