

# LE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE

CHIARA SARACENO

**G**LI ITALIANI sono stati considerati a lungo consumatori compulsivi di medicine ed esami medici. Ora il quadro sembra rovesciato. Stretti tra lunghe liste d'attesa e crescente riluttanza dei medici di base a prescrivere esami clinici per timore di essere sanzionati, sempre più italiani rinunciano a farsi curare e a mettere in atto misure di prevenzione. Un rapporto Istat di settembre 2015, "Le dimensioni della salute in Italia", segnalava che il nove per cento della popolazione aveva rinunciato nell'anno precedente ad almeno una prestazione sanitaria tra visite specialistiche, accertamenti o interventi chirurgici, pur ritenendo di averne bisogno. Il fenomeno riguardava, ovviamente, i meno abbienti e più al Sud e Isola (in particolare la Sardegna), dove vi è una maggiore concentrazione di povertà e una minore efficienza media del servizio sanitario pubblico.

Il servizio sanitario nazionale, uno dei pochi fiori all'occhiello del sistema di welfare italiano, non riesce più a garantire un fondamentale diritto di cittadinanza: se non alla salute, almeno alle cure quando si è malati. L'indagine Censis-Rbm Assicurazione Salute conferma questi dati. La via d'uscita, tuttavia, non può essere il ricorso alle assicurazioni private, implicitamente suggerito dai curatori di questa indagine e ritenuto una possibile opzione, purché ce lo si possa permettere, anche da oltre la metà degli intervistati. Si tratta di una opinione che sta ottenendo una diffusa popolarità e che sta alla base anche di progetti, insieme di ricerca e di policy, che vanno sotto il nome di "secondo welfare".

L'idea è che la diffusione delle assicurazioni sanitarie non solo renderebbe accessibile la sanità privata anche a chi, pur con un reddito non basso, non se ne potrebbe permettere i costi di mercato. Alleggerirebbe anche la pressione sulla sanità pubblica, riducendo quindi le liste d'attesa a favore di chi non può permettersi di rivolgersi al privato e neppure di pagare una assicurazione. Un ragionamento accattivante, che lascia tuttavia nell'ombra due importanti questioni.

In primo luogo, le assicurazioni private fanno un'opera importante di selezione sia di ciò che coprono sia dei clienti. Per avere un buon livello di copertura bisogna o pagare premi alti, o appartenere ad aziende o associazioni che hanno convenzioni con aziende sanitarie di mercato. La seconda selezione riguarda clienti potenzialmente rischiosi: oltre una certa età non è

possibile assicurarsi, oppure si è depennati o retrocessi (con copertura inferiore) dall'assicurazione in essere. Lo stesso avviene se si è avuta una malattia grave e che presenta potenziali rischi per il presente e il futuro.

Chi ha di fatto o potenzialmente più bisogno di cure sanitarie adeguate e tempestive è quindi più probabile non possa assicurarsi, anche se ne avesse i mezzi economici. Chi paga una assicurazione sanitaria integrativa, specie se a copertura (quindi a

premio assicurativo) elevato, inoltre, alla lunga può chiedersi perché mai dovrebbe finanziare, tramite le tasse, anche la sanità pubblica che non usa. Già ora si possono dedurre il premio assicurativo e le spese sanitarie dall'imposta sui redditi, riducendo quindi il gettito fiscale. Ma se le persone abbienti fossero spinte ad assicurarsi in massa, potrebbero chiedere sconti ben più sostanziosi, riducendo quindi la disponibilità per il finanziamento della sanità pubblica, lasciata ai ceti economicamente più modesti e con minore potere di pressione rispetto a qualità e adeguatezza. Con l'istituto dell'attività intra (ed extra) moenia da parte dei medici ospedalieri molto mercato è già entrato nella sanità pubblica, dove chi può riesce ad ottenere sia la garanzia della qualità — professionale e delle attrezzature — del pubblico e il trattamento (in termini di tempi di attesa e di comfort) del privato. Un'ulteriore espansione del privato via assicurazioni rischia di peggiorare ulteriormente la situazione, non di migliorarla.

Occorre invece rafforzare la sanità pubblica, certo rendendola più efficiente ed eliminando sprechi e storture, ma avendo come fine non il contenimento della spesa, bensì il diritto alla salute dei cittadini, a partire da quelli che hanno meno alternative. Bisognerebbe anche riconsiderare l'utilità di quella che un tempo si chiamava medicina scolastica, con funzione diagnostica e preventiva specie rispetto a dimensioni della salute che chi è più povero tende a ignorare o a prendere in considerazione troppo tardi: lo stato della vista, della dentatura, della postura. Ovviamente, nel caso, occorrerà anche prevedere la fornitura degli interventi (occhiali, apparecchi per i denti, ginnastica curativa, ecc.) diagnosticati come necessari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il servizio sanitario nazionale non riesce più a garantire un diritto fondamentale

